

# **Sprachförderung für ausländische Pflegekräfte**

## ***Konstruktionselemente für eine Lehrgangsgestaltung in der Pflegebildung***

Masterthesis zur Erlangung des Grades „Master of Arts“

Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Masterstudiengang Schulleitungsmanagement

Vorgelegt von:       Anke Jürgensen  
                              Dudenstraße 10  
                              10965 Berlin  
                              Matrikelnummer 510740

Erstgutachter:       Herr Prof. Dr. W. M. Heffels

Zweitgutachterin:   Frau Prof.´in G. Hundenborn

Berlin, d. 26.06.2015

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Migranten in der Pflege .....</b>	<b>9</b>
2.1	Migranten zur Lösung des Fachkräftemangels.....	10
2.2	Relevante Gesetzgebung zur Berufsausübung in Deutschland .....	11
2.3	Anerkennung ausländischer Pflegeberufsabschlüsse .....	14
2.4	Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland .....	15
2.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	20
<b>3</b>	<b>Problemlage.....</b>	<b>21</b>
3.1	Das Integrationsproblem .....	21
3.2	Das Sprachproblem .....	22
3.3	Das Qualifikationsproblem .....	25
3.3.1	Allgemeine berufsbezogene Sprachkurse für Migranten.....	26
3.3.2	Berufsbezogene Sprachkurse im IQ-Netzwerk.....	27
3.3.3	Anpassungslehrgänge für Gesundheits- und Krankenpfleger.....	29
3.3.4	Projekt: „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“ .....	33
<b>4</b>	<b>Lösungsansätze: Kurse für Migranten in der Altenpflege .....</b>	<b>37</b>
4.1	Das Projekt MigA .....	37
4.2	Das Projekt FaDA .....	38
4.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	39
<b>5</b>	<b>Integration und Interkulturalität .....</b>	<b>41</b>
5.1	Berufliche Integration.....	41
5.2	Interkulturalität .....	44
5.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	46
<b>6</b>	<b>Sprache und Pflege.....</b>	<b>48</b>
6.1	Sprachbedarf und Sprachbedürfnis.....	48
6.2	Die Rolle der Sprache in der Pflege .....	51
6.2.1	Berufsfachliche Kommunikation .....	54
6.2.2	Qualifizierungsbezogene Kommunikation .....	59
6.3	Subjektives Sprachbedürfnis .....	61
6.4	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	62

<b>7</b>	<b>Didaktische Prinzipien zur Lehrgangskonstruktion.....</b>	<b>63</b>
7.1	Handlungsorientierung und Teilnehmerorientierung .....	64
7.2	Modulstruktur .....	65
7.3	Förderung interkultureller Kompetenz.....	65
7.4	Sprachliche Voraussetzungen .....	67
7.4.1	Intersubjektive Spracherfordernisse .....	68
7.4.2	Sprachkompetenzbereiche.....	69
7.4.3	Sprachkompetenzstufen.....	70
7.5	Beispielhafte Umsetzung.....	76
7.6	Empfehlungen zu Methoden und Lehrmaterialien .....	78
<b>8</b>	<b>Diskussion und Ausblick .....</b>	<b>80</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>83</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>94</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1:</b>	Anträge nach §20 KrPflG in Hessen .....	15
<b>Abb. 2:</b>	Dimensionen beruflicher Integration .....	43
<b>Abb. 3:</b>	Perspektiven für Spracherfordernisse im Pflegeberuf .....	50
<b>Abb. 4:</b>	Dimensionen beruflicher Kommunikation: Gesprächssituationen, Methoden und sprachliche Anforderungen .....	59

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Sprachkursangebot für Migranten zur Vorbereitung auf eine Arbeitstätigkeit.....	27
<b>Tabelle 2:</b>	Sprachkompetenzbereiche in der Pflege.....	70
<b>Tabelle 3:</b>	Zuordnung der Kompetenzstufen nach Olbrich zum EQR.....	72
<b>Tabelle 4:</b>	Sprachkompetenzebene I in der Pflege.....	73
<b>Tabelle 5:</b>	Sprachkompetenzebene II in der Pflege.....	74
<b>Tabelle 6:</b>	Sprachkompetenzebene III in der Pflege.....	75
<b>Tabelle 7:</b>	Ergänzungen des Moduls PM 11 aus der modularisierten Altenpflegeausbildung .....	77

## Abkürzungsverzeichnis

AltPflG	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz)
AltPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BeschV	Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern (Beschäftigungsverordnung)
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
DBR	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe
DIE	Deutsches Institut für Erwachsenenbildung Bonn
DPR	Deutscher Pflegerat
ESF	Europäischer Sozialfonds
EFTA	European Free Trade Association - Länder, mit denen die EU ein Freihandelsabkommen geschlossen hat: Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island
EU	Europäische Union mit 28 Mitgliedsstaaten
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum, umfasst die EU- und die EFTA-Staaten, außer der Schweiz
GER	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH
KrPflG	Gesetz über die Berufe der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz)
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
o.J.	Ohne Jahresangabe
o.S.	Ohne Seitenangabe
TELC	The European Language Certificates
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit

## 1 Einleitung

Den Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit bildete meine Lehrtätigkeit im Projekt „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“, das 2013 begann und bis heute fortbesteht. Im Rahmen des Projekts bin ich an der Ausbildung von 19 vietnamesischen Pflegefachkräften beteiligt, die mit lediglich elementaren Sprachkenntnissen aber hoher Motivation im September 2013 nach Deutschland gekommen sind, um eine auf zwei Jahre verkürzte Altenpflegeausbildung zu absolvieren. Die Projektbeteiligten - Koordinatoren, Mentoren, Lehrende aus Theorie und Praxis - standen vor der Herausforderung, bei zum Teil erheblichen Verständigungsschwierigkeiten eine fachlich hochwertige Ausbildung und eine berufliche Integration möglich zu machen. Dabei stand die Kernfrage im Mittelpunkt, wie im Theorieunterricht die sprachlichen und fachlichen Inhalte der Ausbildung so zu vermitteln seien, dass man dem beruflichen Anspruch an Sprachvermögen sowie dem subjektiven Sprachbedürfnis der Teilnehmer<sup>1</sup> gerecht werden könne. Bei einer näheren Beschäftigung mit dem Thema stellte sich heraus, dass mangelnde Sprachkompetenz von in Deutschland arbeitenden ausländischen Pflegekräften ein derzeit viel diskutiertes Problem darstellt, das sich durch alle Bereiche des Pflegeberufs zieht: es tangiert die Berufszulassung für Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpfleger, es betrifft die Zusammenarbeit in einem multikulturellen Team, es ruft Arbeitgeber auf den Plan, die Pflegekräfte aus dem Ausland rekrutieren und diese möglichst schnell an ihren Arbeitsplätzen einsetzen wollen, und schließlich melden sich Berufsverbände zu Wort, die auf Migranten<sup>2</sup> zugeschnittene Schulungsprogramme einfordern, damit den ausländischen Pflegekräften die gleichen Karrierechancen offenstehen wie den hiesigen.

---

<sup>1</sup> Der besseren Lesbarkeit wegen wird in dieser Arbeit die männliche Form verwendet, auch wenn es sich um männliche und weibliche Personen handelt.

<sup>2</sup> Bei Migranten handelt es sich i.e.S. um Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt über Staatsgrenzen hinweg verlegt haben (vgl. BUNDESMINISTERIUM DES INNERN 2015, S. 9). Zu dieser Gruppe werden nach dem Statistischen Bundesamt diejenigen Menschen gezählt, die Ausländer oder Aussiedler, in Deutschland geboren und eingebürgert worden sind oder Menschen mit mindestens einem zugewanderten oder ausländischen Elternteil. Entscheidend für diese Arbeit ist weniger die genaue Zuordnung, wenn von Migranten oder Ausländern die Rede ist, sondern die Tatsache, dass ihre Muttersprache nicht Deutsch und somit eine Sprachförderung in Bildungsprogrammen erforderlich ist. Daher werden die Begriffe „Migranten“, „Menschen mit Migrationshintergrund“ und „Ausländer“, bzw. „immigriert“ und „ausländisch“, synonym verwendet. Die verschiedenen Bezeichnungen unterliegen keiner weiteren Wertung.

Das doppelte Demografieproblem - eine wachsende Anzahl pflegebedürftiger Menschen und eine im Verhältnis dazu abnehmende Anzahl an Pflegekräften - erfordert u.a. den Einsatz von Migranten in der Alten- und Krankenpflege. Freizügigkeit im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und der Schweiz, eine erleichterte Arbeitsmöglichkeit für Migranten in Deutschland durch entsprechende Gesetze sowie die aktive Rekrutierung von ausländischen Pflegekräften führen zur Entstehung multikultureller Pflegeteams, die sich untereinander verstehen und verständigen sowie bei der pflegerischen Arbeit mit ihrer Klientel interagieren müssen.

Pflege ist nicht nur ein Mangelberuf, Pflege ist auch ein Kommunikationsberuf. Eine wachsende Anzahl an Migranten, die in der Pflege beschäftigt sind oder sein werden, macht eine Lehrgangsentwicklung mit integrierter Sprachförderung erforderlich. Daher geht diese Arbeit der Frage nach, wie aus pflegepädagogischer Sicht in Pflegelehrgängen sprachliche mit fachlichen Inhalten kombiniert werden können - unabhängig davon, ob es sich um eine Weiterqualifikation oder um eine Ausbildung in einem Pflegeberuf handelt. Es wird davon ausgegangen, dass die Beherrschung der Sprache der Schlüssel zur Integration ist und diese nur soweit gelingen kann, wie die Sprache des Ziellandes und der sozialen Gruppe, in der man sich aufhält, kompetent angewandt wird.

Um zu den Konstruktionselementen für Pflegelehrgänge mit integrierter Sprachförderung zu gelangen, beschäftigt sich der erste Teil der Arbeit mit den Rahmenbedingungen für solche Lehrgänge, also einerseits mit der Frage, für welche Zielgruppe diese Pflegelehrgänge konzipiert werden müssen und andererseits, auf welcher gesetzlichen Grundlage den hier lebenden Ausländern die hiesige Pflegeberufsausübung erlaubt ist.

Hierfür wurden Berichte der Bundesregierung sowie Gesetzestexte und Statistiken herangezogen. Des Weiteren ergingen an das Statistische Bundesamt sowie an alle Landesbehörden, die mit der Berufszulassung von Gesundheits- und Krankenpflegern befasst sind, Anfragen hinsichtlich der Anzahl der Antragsteller und der Auflagen, die ihnen zur Erlaubnis der Berufsausübung gemacht worden sind. Die Angaben aus fünf Bundesländern (siehe Anhang) geben einen Einblick in die unterschiedlichen Verfahrensweisen.

Kapitel 3 geht dann der Frage nach, welche Qualifikationsangebote für ausländische Pflegekräfte bereits existieren und welche Probleme diese mit sich bringen. Es wird außerdem gefragt, ob und wie die Sprachkompetenz der Teilnehmer darin Berücksichtigung findet und ob Erfahrungen und Elemente dieser Kurse für die Gestaltung von Pflegelehrgängen mit integrierter Sprachförderung genutzt werden können.

Für die Übersichten der verschiedenen Kurse wurde eine Internetrecherche vorgenommen, bei der über die Seite der Bundesagentur für Arbeit, die Homepage des IQ-Netzwerks sowie mit freien Suchmaschinen (Google, Ecosia) nach Pflegelehrgängen gesucht wurde. Für die Darstellung des Projekts „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“ konnte auf eigene Erfahrungen sowie auf Gespräche mit den Auszubildenden, mit Kollegen aus der Praxis, mit Lehrenden sowie auf verschiedene Projektkonferenzen und -protokolle zurückgegriffen werden. Zwei Pflegelehrgangsprogramme, MigA (Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege) sowie FaDA (Fachsprache Deutsch in der Altenpflege), die gezielt fachliche mit sprachlichen Inhalten kombinieren, werden als erste Lösungsansätze im daran anschließenden Kapitel dargelegt.

Bei der Recherche zur Sprachförderung für ausländische Pflegekräfte stößt man immer wieder auf den Zusammenhang zwischen Sprache, Integration und Interkulturelle Kompetenz. Die Integration immigrierter Pflegekräfte scheitert oft nicht nur an der mangelnden Beherrschung der Sprache, sondern auch an einer Irritation über das hiesige Berufsbild und unterschiedliche Deutungen von beruflichen Situationen. Wie Kapitel 5 darlegt, müssen für eine gelungene berufliche Integration Interkulturalität und das berufliche Selbstverständnis in Pflegelehrgängen thematisiert werden. Da in dieser Arbeit das Thema (Pflege-)Sprache im Mittelpunkt steht, werden die angrenzenden Bereiche Integration und Interkulturalität nur hinsichtlich ihres Bezugs zur Sprachkompetenz behandelt.

Sprachhandeln in der Pflege ist das konstituierende Element für Pflegelehrgänge mit integrierter Sprachförderung. Die Bestimmung des objektiven Sprachbedarfs und des subjektiven Sprachbedürfnisses der Lehrgangsteilnehmer bildet somit die Ausgangssituation für die Programmgestaltung. Dabei wird der Frage nachgegan-

gen, wer mit wem, wie, womit und worüber zu welchem Zweck kommuniziert. Dieser Vielfalt der Sprachanwendung in der Pflege ist das Kapitel 6 gewidmet. Zahlreiche Artikel und Aufsätze konnten mit dem Online-Katalog Gerolit des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) aufgefunden und in der dortigen Bibliothek gesichtet und ausgewertet werden. Hier waren insbesondere die Arbeiten von Angelika ZEGELIN-ABT (1997, 2006) und Barbara HAIDER (2010) aufschlussreich.

Im letzten Kapitel werden schließlich die Ergebnisse zusammengeführt, so dass hier Prinzipien für die Lehrgangsgestaltung dargelegt werden. Es wird für die Darlegung von Sprachkompetenzen in Pflegelehrgangsmodulen der Versuch unternommen, die verschiedenen Sprachbereiche der Pflege in einen Zusammenhang mit den von Christa OLBRICH (2009) formulierten Pflegekompetenzstufen zu bringen. Mit Hilfe der so ermittelten Sprachkompetenzen können nicht nur neue Module für Pflegelehrgänge, sondern auch bereits existierende Lehrgangsprogramme um den Aspekt der Sprachförderung ergänzt werden. Dies wird abschließend an einem Beispiel verdeutlicht.



## 2 Migranten in der Pflege

Der Migrationsbericht 2013 zeigt, dass Deutschland als Einwanderungsland zunehmend attraktiver wird. Die Immigration nach Deutschland lag 2013 um ca. 400.000 höher als die Emigration aus Deutschland (BUNDESMINISTERIUM DES INNERN 2015). Die Herkunftsländer der 2013 zugezogenen Migranten sind v.a. Polen und die neu in die EU eingetretenen Länder Rumänien, Bulgarien und Kroatien, aber auch südeuropäische Länder wie Spanien, Griechenland und Italien. Die Aufnahme eines Studiums, einer Berufsausbildung oder einer Erwerbstätigkeit sind neben der Familienzusammenführung die Hauptgründe für Migranten, nach Deutschland einzuwandern. Vor allem aus den neuen Mitgliedsstaaten der EU kommen in letzter Zeit mehr Menschen, weil sie in Deutschland vergleichsweise höhere Gehälter erhalten und bessere Arbeitsbedingungen vorfinden (vgl. HARDY et al. 2015). Es bestehen in Deutschland im europäischen Vergleich auch gute Chancen, eine Arbeit aufzunehmen: die Arbeitslosenquote ist derzeit bundesweit mit unter 7% relativ niedrig (STATISTA 2015, Angabe vom Juni 2015), und es herrscht in den Berufen, die auf der „Positivliste - Zuwanderung in Ausbildungsberufe“ (BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015) stehen, ein Fachkräftemangel. Man spricht hier von Engpass- oder Mangelberufen. Mangelberufe sind solche, deren offene Stellen nicht oder nur sehr verzögert besetzt werden können. Ein Mangel an Fachleuten existiert in einzelnen technischen Berufen sowie im Gesundheitssektor (BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2014a, S. 3). Das führt u.a. dazu, dass die Arbeitsaufnahme in diesen Berufen für fachlich qualifizierte Migranten erleichtert werden soll. Die Bundesagentur für Arbeit in ihrer Funktion als Steuerungsinstrument zur Regulation des Arbeitsmarktes versucht somit, mehr Menschen aus dem In- und Ausland in Mangelberufe zu vermitteln. Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpflege sind solche Mangelberufe. Bundesweit fehlen in der Gesundheits- und Kranken-, aber v.a. in der Altenpflege Fachkräfte<sup>3</sup>: „Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten sind im Bundesdurchschnitt 129 Tage vakant [...]. Auf 100 gemeldete Stellen kommen rechnerisch lediglich 44 Arbeitslose“ (BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2014a, S. 16),

---

<sup>3</sup> In dieser Arbeit sind mit Pflegefachkräften Berufsangehörige von Pflegeberufen mit mindestens dreijähriger Ausbildung gemeint. Der Begriff Pflegekräfte umfasst alle beruflich Pflegenden, also sowohl Pflegefach- als auch –hilfskräfte.

und der demografische Wandel lässt erwarten, dass die Relation zwischen pflegebedürftigen Menschen und Pflegekräften zukünftig noch ungünstiger sein wird. Im Vergleich war 2013 der Ausländeranteil in Pflegeberufen<sup>4</sup> mit 5,1% zwar geringer als in anderen Branchen mit 8,2% (MERDA et al. 2014, S. 9), er steigt aber seit Jahren kontinuierlich an: von 2000 – 2009 wuchs der Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ausländer im Wirtschaftszweig Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen um 2,7% (vgl. SEEBAR & SIEGERT 2011, S. 75). Allein im Winter 2013 stieg der Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigter Pflegekräfte um 1,9% an (MERDA et al. 2014, S. 15). Im Jahr 2010 hatten mittlerweile 15,4% der in der Pflege Beschäftigten einen eigenen Migrationshintergrund (vgl. AFENTAKIS & MAIER 2014, S. 175). Auch die Anzahl der ausländischen Antragsteller auf Berufsanerkennung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Mittlerweile haben von den 192.000 ausländischen Pflegekräften in Deutschland ca. 56% einen anerkannten Pflegefachberuf (MERDA et al. 2014, S. 14).

## 2.1 Migranten zur Lösung des Fachkräftemangels

Einer Studie der Prognos AG zufolge wird sich die Anzahl der im Jahr 2012 pflegebedürftigen Menschen von ca. 2,4 Mio. bis zum Jahr 2030 auf 3,4 Mio. erhöhen, hingegen die Zahl der Pflegenden im Vollzeitäquivalent<sup>5</sup> von 630.000 im Jahr 2012 auf 555.000 im Jahr 2030 verringern (vgl. VEREINIGUNG DER BAYERISCHEN WIRTSCHAFT E. V. 2012). Um das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften, das heute existiert, zu erhalten, würde man demnach in 15 Jahren 450.000 Pflegekräfte mehr benötigen als voraussichtlich da sein werden; bereits 2020 werden über 170.000 Pflegekräfte fehlen (vgl. ebd.). Es besteht also aktuell dringender Handlungsbedarf, und es müssen verschiedene Wege eingeschlagen werden, um alle Möglichkeiten der Abhilfe zu erschließen.

Um dem Mangel abzuhelpen, setzt die Bundesregierung auf ein Paket mit unter-

---

<sup>4</sup> In der Literatur wird nicht sauber zwischen Pflegekräften und Pflegefachkräften unterschieden. Daher ist nicht immer eindeutig, ob sich die Zahlen auf Pflegefach- oder Pflegekräfte im Allgemeinen beziehen. Somit differieren die Zahlen stark abhängig von ihrer Quelle und ihrem Bezug.

<sup>5</sup> Vollzeitäquivalent ist die Umrechnung sämtlicher besetzter Teil- und Vollzeitstellen auf reine Vollzeitstellen gemäß der derzeit gültigen tariflichen Vollzeitbeschäftigung.

schiedlichen Arbeitsschwerpunkten, die „fünf Sicherungspfade der Bundesregierung“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES 2011, S. 16). Hiermit soll einerseits die Situation der derzeit tätigen Arbeitnehmer verbessert (u.a. bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Bildung und Qualifizierung), andererseits sollen neue Fachkräfte gewonnen werden. Bei der Fachkräftegewinnung versteht man die hier lebenden oder die nach Deutschland kommenden Migranten zunehmend als Resource, die es zu erschließen gilt.

Man kann dabei zwei grundsätzliche Aktionsschwerpunkte ausmachen, die den Arbeitsmarkt für Migranten öffnen und damit die Aufnahme einer Arbeit in der Pflege erleichtern sollen: Zum einen die Änderung der gesetzlichen Grundlagen für die Aufenthaltserlaubnis, die Niederlassung und die Erlaubnis zur Berufsausübung und zum anderen verschiedene Projekte zur aktiven Rekrutierung von Arbeitskräften aus dem Ausland.

Zu den geänderten gesetzlichen Grundlagen, die die Erleichterung einer Arbeitsaufnahme durch Migranten regeln sollen, werden im Folgenden die wesentlichen Aussagen der relevanten Paragraphen sowie das sich hieraus ergebende berufliche Anerkennungsverfahren für die Berufsausübung in der Pflege dargestellt. Um die aktive Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften in der Pflege geht es im letzten Teil dieses Kapitels.

## 2.2 Relevante Gesetzgebung zur Berufsausübung in Deutschland

Nach § 18 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) orientiert sich die „Zulassung ausländischer Beschäftigter [...] an den Erfordernissen des Wirtschaftsstandortes Deutschland unter Berücksichtigung der Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt und dem Erfordernis, die Arbeitslosigkeit wirksam zu bekämpfen“ (AufenthG §18). Vorrangig sollen zwar deutsche Arbeitnehmer eingestellt werden, aber nach §39 kann die Bundesagentur für Arbeit

„der Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 18 AufenthG zustimmen, wenn sich durch die Beschäftigung von Ausländern keine nachteiligen Auswirkungen auf dem Arbeitsmarkt ergeben und für die Beschäftigung deutsche Arbeitnehmer sowie Ausländer, die diesen hinsichtlich der Arbeitsaufnahme rechtlich gleichgestellt sind oder die nach dem Recht der EU einen Anspruch auf vorrangigen Zugang zum Arbeitsmarkt haben, nicht zur Verfügung stehen (§ 39 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 AufenthG,

sog. Vorrangprüfung<sup>6</sup>).“

(BUNDESMINISTERIUM DES INNERN 2015, S. 53)

Die Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern (BeschV), die am 1. Juli 2013 in Kraft trat, regelt, unter welchen Voraussetzungen Menschen nicht-deutscher Herkunft in Deutschland arbeiten dürfen. Auf der Positivliste gemäß §6 Abs. 2 der Beschäftigungsverordnung (BeschV) sind Berufe aufgeführt, deren offene Stellen ohne Vorrangprüfung mit Ausländern besetzt werden können. In diese Liste wurden die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege und seit April 2015 auch die Altenpflege aufgenommen, um eine internationale Rekrutierung von Pflegekräften durch die Bundesagentur für Arbeit zu ermöglichen. Damit wird also nicht mehr nur per Gesetz auf Zuwanderung qualifizierter Ausländer reagiert, sondern diese auch offensiv von Seiten der Bundesregierung gefördert. Dies sei „ein weiterer wichtiger Schritt, um Beschäftigten aus Drittstaaten den unkomplizierten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt zu ermöglichen und mit qualifizierter Zuwanderung den Fachkräftebedarf der deutschen Wirtschaft zu decken“ (BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015, S. 6). §32 der BeschV ermöglicht auch ausländischen „Personen mit Duldung“<sup>7</sup> sowie Asylbewerbern, eine Beschäftigung oder eine Ausbildung in Deutschland aufzunehmen, ohne dass es hierfür einer Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit oder einer Wartezeit bedarf (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drucksache 17/14716 vom 06. 09. 2013).

Im April 2012 trat auf der Grundlage der EU-Richtlinie 2005/36/EG (jetzt geändert durch 2013/55/EU) das Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (BQFG) in Kraft, und es wurden daraus von 2012 bis 2014 entsprechende Ländergesetze und Verordnungen verabschiedet, die den Zugang für qualifizierte Zuwanderer auf den Arbeitsmarkt erleichtern sollten. Das BQFG garantiert jedem Menschen, der im Ausland einen Berufsabschluss erworben hat,

---

<sup>6</sup> Bei der Vorrangprüfung werden bevorzugt Deutsche, EU-Bürger, Bürger aus dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz sowie Drittstaatsangehörige mit unbeschränktem Arbeitsmarktzugang eingestellt.

<sup>7</sup> „Duldung“ bedeutet nach §60a des AufenthG eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung um bis zu sechs Monate.

einen Rechtsanspruch auf ein Verfahren zur Berufsankennung. Bei diesem Verfahren wird darüber entschieden, ob der Berufsabschluss, den der Bewerber im Ausland erworben hat, mit dem hiesigen gleichzusetzen oder ob eine Nachqualifikation erforderlich ist.

Das BQFG sorgte schließlich auch dafür, dass die §§ 2 des Kranken- bzw. Altenpflegegesetzes sowie die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (§21 der AltPflAPrV und §20 der KrPflAPrV) angepasst wurden. Die vorgenannten Paragraphen regeln, unter welchen Umständen Berufsangehörige, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben, in Deutschland arbeiten dürfen. Hierbei werden, je nachdem, wann und wo die Ausbildung bzw. das Studium absolviert wurde, drei Bildungsabschlüsse in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in der Altenpflege unterschieden: Bei den innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)<sup>8</sup> erworbenen Berufsqualifikationen unterscheidet man diejenigen, die ab einem bestimmten Stichtag und solche, die vor diesem Stichtag erworben wurden. Die dritte Möglichkeit ist der Erwerb der Berufsqualifikation außerhalb des EWR.

EU-weit gilt grundsätzlich das Recht auf Freizügigkeit. Somit kann prinzipiell jeder, der im EWR eine mindestens dreijährige allgemeine Krankenpflegeausbildung absolviert hat, in jedem EU-Land arbeiten, allerdings mit der Einschränkung, dass die Berufsbezeichnung im Anhang V.2 Abschnitt 5.2.2 der EU-Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt ist. Für diese Berufsangehörigen sieht das BQFG eine automatische Anerkennung vor. Für Menschen, die ihre Ausbildung nach besagtem Stichtag oder außerhalb des EWR vollzogen haben und noch keine Anerkennung in einem anderen EU-Staat erhalten haben, wird die Erlaubnis zur Berufsausübung von einer erfolgreichen Kenntnis- oder Eignungsprüfung und / oder einem Anpassungslehrgang abhängig gemacht. Alle Menschen nicht-deutscher Herkunft müssen hierfür außerdem einen Nachweis ausreichender Sprachkenntnisse erbringen.

---

<sup>8</sup> Der EWR umfasst neben den EU-Staaten die Schweiz, Liechtenstein, Island und Norwegen.

### 2.3 Anerkennung ausländischer Pflegeberufsabschlüsse

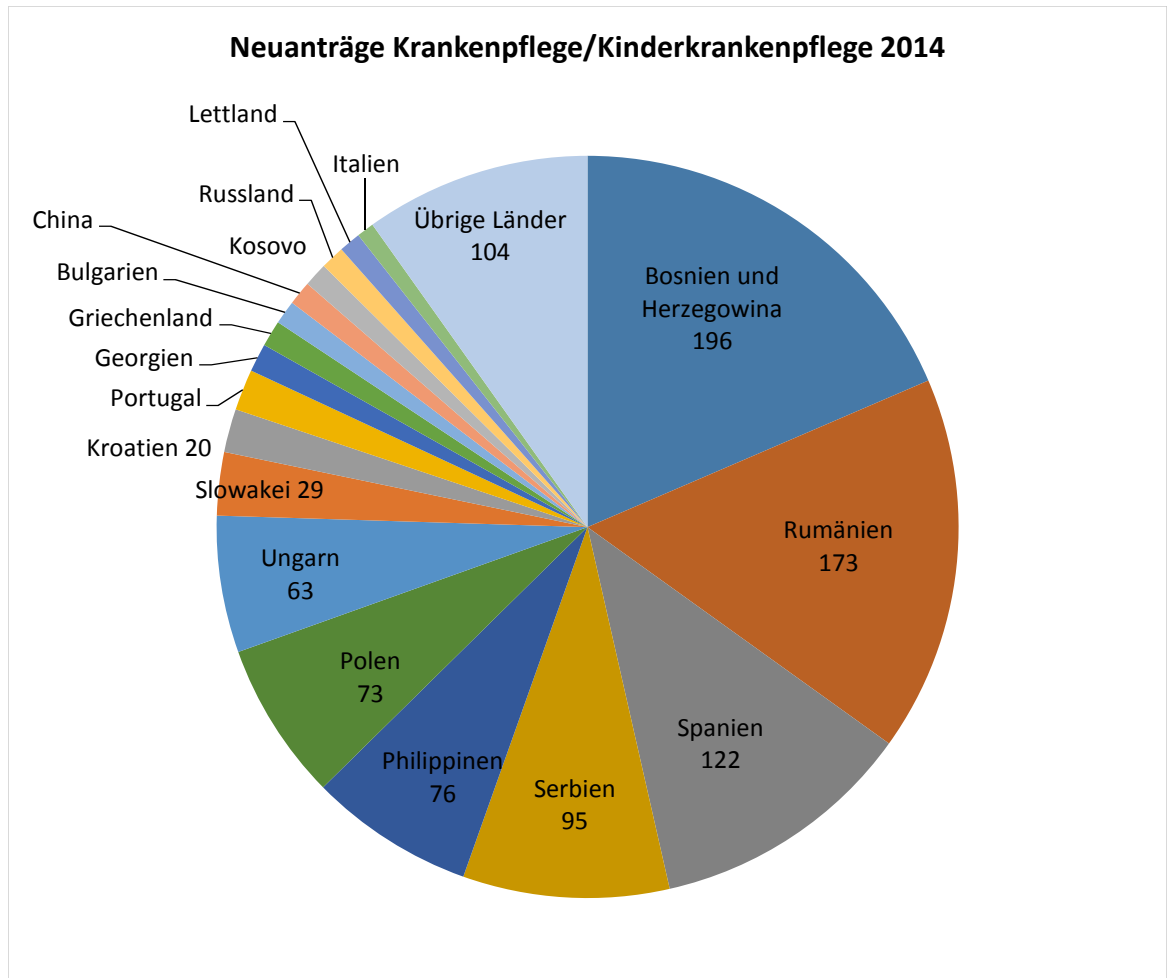
Zwischen April 2012 bis Dezember 2012 hatten knapp 1500 Pflegefachkräfte aus dem Ausland einen Antrag auf Anerkennung ihrer Berufsqualifikation für die Gesundheits- und Krankenpflege gestellt. Im Jahr 2013 waren es bereits 3603 Anträge. Hinzu kamen 45 Anträge für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie 60 für die Altenpflege<sup>9</sup> (siehe „Gestellte Anträge auf Berufsanerkennung 2013“ im Anhang). Eine Anfrage bei den einzelnen Landesbehörden ergab, dass allein Hessen für das Jahr 2014 mit 1054 Anträgen in der Gesundheits- und Krankenpflege knapp ein Drittel aller Antragsteller verzeichnet, davon mehr als die Hälfte aus Bosnien und Herzegowina (196), Rumänien (173), Spanien (122) und Serbien (95); weitere kommen von den Philippinen, aus Ungarn, Polen, der Slowakei und über zehn weiteren Staaten (siehe Abb. 1). Hessen ist auch das Bundesland mit dem höchsten Anteil ausländischer Pflegekräfte; in den neuen Bundesländern machen sie unter allen Berufsangehörigen hingegen höchstens 1% aus (vgl. MERDA et al. 2014, S. 12); beispielsweise verzeichnet Thüringen seit 2012 jährlich weniger als 30 Anträge (siehe Anhang: Tabellarische Übersicht über die Antworten der Landesämter).

In der Gesundheits- und Krankenpflege wurden 2013 knapp 64% der Qualifikationen automatisch oder ohne Auflagen anerkannt. Etwa 30% aller Antragsteller mussten hingegen zur Gleichwertigkeitsanerkennung ihrer Berufsqualifikation nach dem BQFG eine Eignungsprüfung oder einen bis zu drei Jahre dauernden Anpassungslehrgang mit abschließender Kenntnisprüfung absolvieren; über 6% der Anträge sind abgelehnt worden (siehe „Bearbeitete Anträge auf Berufsanerkennung 2013“ im Anhang). Bei den abgelehnten Anträgen und solchen, die mit Auflagen beschieden wurden, handelt es sich i.d.R. um Anträge von Migranten aus dem außereuropäischen Ausland (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2014, S. 115ff.) Insgesamt liegt die Anzahl der Ablehnungen und Auflagen bei der Gesundheits- und Krankenpflege im Vergleich zu anderen reglementierten

---

<sup>9</sup> Die vergleichsweise geringe Anzahl an Anträgen aus der Alten- bzw. Kinderkrankenpflege liegt daran, dass eine grundständige Ausbildung in der Altenpflege nur in Deutschland existiert und nur in einigen anderen EU-Staaten eine Weiterqualifikation auf der Grundlage einer allgemeinen Pflegeausbildung ist. Kinderkrankenpflege existiert als grundständige Ausbildung nur in Deutschland und Österreich.

Berufen und zu anderen Gesundheitsberufen deutlich höher (vgl. ebd., S. 47).



**Abb. 1: Anträge nach §20 KrPflG in Hessen (Diagramm vom Regierungspräsidium Darmstadt)**

## 2.4 Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland

Aktuell gibt es in Deutschland vermehrt Bestrebungen, Pflegefachkräfte aus dem Ausland zu rekrutieren, denn einer vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) in Auftrag gegebenen Studie zufolge kann dem Fachkräftemangel in der Pflege u.a. mit dem Anwerben von Pflegefachkräften aus außereuropäischen Drittstaaten abgeholfen werden:

„Für die Pflegebranche sollten deshalb Modellprojekte initiiert werden, bei denen an ausgewählten Modellstandorten, unter Ausschöpfung des aktuellen rechtlichen Rahmens, Pflegefachkräfte aus geeigneten Herkunftsländern (z. B. Indien, China, Vietnam) in der deutschen Pflege tätig werden.“

(MERDA et al. 2012, S. 44)

Die Immigration von Pflegekräften hat aber nicht erst in diesem Jahrhundert begonnen. Es begann in den 50-er Jahren des letzten Jahrhunderts, dass katholische Ordensschwestern aus dem Ausland nach Deutschland vermittelt wurden (vgl. BENEKER & WICHTMANN 1994, S. 108). In den 1960-er Jahren kamen auf der Grundlage eines Deutsch-Südkoreanischen Abkommens ca. 10.000 koreanische Krankenschwestern in die damalige Bundesrepublik, um zunächst für drei Jahre zu bleiben. Für diese gab es keine Integrationsprogramme, und die Teilnahme an einem Sprachkurs war vom Arbeitgeber abhängig: „Die koreanischen Krankenschwestern kamen wie die meisten ausländischen Arbeiter ohne sprachliche und kulturelle Vorkenntnisse nach Deutschland. [...]Man ist davon ausgegangen [...], dass man nach einem halben Jahr in Deutschland die deutsche Sprache beherrschen würde“ (SEON-HEUI YI 2009, S. 18). Ähnlich ging es 21 philippinischen Pflegefachkräften, die 1972 für deutsche Krankenhäuser angeworben worden waren. Zu der Zeit war weder ein Anerkennungsverfahren noch ein Sprachkompetenznachweis erforderlich, und sie erhielten von ihren Arbeitgebern lediglich einen drei Monate dauernden Sprachkurs, der einmal in der Woche stattfand (vgl. TEWS 2012, S. 6). Alle weiteren Kenntnisse der deutschen Sprache mussten sich die Pflegefachkräfte offenbar selbstorganisiert aneignen.

Durch massiven Bettenabbau und den Anwerbestopp 1973 stagnierten die Zahlen der immigrierenden Pflegekräfte vorübergehend, um dann in den 1980-er Jahren wieder zuzunehmen (vgl. BENEKER & WICHTMANN 1994, S. 86). Auch die Integration der englischen und polnischen Krankenpflegefachkräfte, die dann nach Deutschland kamen, gelang nicht ausreichend, so dass nur wenige geblieben sind (CARLSEN 2013). Ende der 80-er Jahre wurde der Anwerbestopp gelockert und Pflegekräfte aus Österreich und verschiedenen osteuropäischen Ländern, v.a. Jugoslawien, angeworben; es folgten auch wieder Anwerbungen von Pflegekräften aus dem südostasiatischen Raum, v.a. Korea und Philippinen, direkt durch die Arbeitgeber (vgl. BENEKER & WICHTMANN 1994, S. 87f., S. 111ff.).

Die Anwerbung von ausländischen Pflegekräften geschieht heute sowohl durch die Arbeitgeber selbst als auch durch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit in Kooperation mit anderen nationalen und internationalen Organisationen.



„Die von den Trägern der Einrichtungen praktizierten Strategien und Konzepte zur Gewinnung von Mitarbeitern aus dem Ausland gestalten sich [...] unterschiedlich. So werben einige Branchenvertreter im Ausland direkt an, andere bedienen sich Personal-Agenturen. Manche Einrichtungen können auf langjährige Kooperationen im Ausland zurückgreifen, für andere sind internationale Aktivitäten weitgehend Neuland. Der Anwerbe- und Auswahlprozess wird zum Teil sehr professionell und fachlich fundiert durchgeführt, manche Träger hingegen führen Auswahlgespräche ‚direkt am Flughafen‘ durch.“

(AREND 2013, S. 21)

Die bei diesen Anwerbungen angewandten Verfahren zur Integration der neuen Mitarbeiter gestalten sich - wenn überhaupt vorhanden - ebenso individuell unterschiedlich und sind i.d.R. nicht ausreichend (vgl. ebd. S. 22).

Im Jahr 2009 begann die Bundesagentur für Arbeit in Kooperation mit der ZAV und anderen Partnern mit der Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland (BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2014b). Es begann mit Pflegekräften aus Europa, wo „qualifizierte Bewerber keine Beschäftigung in ihrem Beruf finden“ (ebd. o.S.). Seit 2012 konzentrieren sich die Anwerbestrebungen auch auf den außereuropäischen Raum. So hat vor drei Jahren der Arbeitgeberverband Pflege begonnen, 150 Pflegefachkräfte aus China anzuwerben. Nach einem mehrmonatigen Vorbereitungskurs in ihrem Heimatland erlangen die Teilnehmer ausreichende Sprachkenntnisse und durchlaufen im Anschluss in Deutschland mit einem parallel stattfindenden Schulungsprogramm das berufliche Anerkennungsverfahren.

Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) startete 2013 ihr „Triple Win Programm“. Mit den Kooperationspartnern Bundesagentur für Arbeit und der ZAV werden 2000 qualifizierte Gesundheits- und Krankenpfleger aus Serbien, Bosnien-Herzegowina, Philippinen und Tunesien auf den deutschen Pflege-Arbeitsmarkt vermittelt und dabei fachlich und sprachlich begleitet (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT (1)). Man verspricht sich dabei positive Effekte auf drei Seiten: für die aufnehmende Gesellschaft, die migrierende Fachkraft und ihr Herkunftsland soll der Know-How-Transfer zum einen die Auswirkungen des demografischen Wandels in Deutschland abfangen und zum anderen der Entwicklungshilfe in den Entsendestaaten dienen (vgl. ebd. S. 4). Zum „Triple Win Programm“ gehört auch das Pilotprojekt „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“. Hierbei kamen ca. 100 Pflegefachkräfte aus

Vietnam nach Deutschland, um in vier verschiedenen Bundesländern eine auf zwei Jahre verkürzte Altenpflegeausbildung mit einem parallel laufenden Deutschkurs zu absolvieren.

Deutschland ist nicht das einzige Land, das zur Abhilfe des Fachkräftemangels Pflegefachkräfte aus dem Ausland anwirbt. Es konkurriert mit der Schweiz, Schweden, England und Norwegen um gut qualifizierte Pflegekräfte (AREND 2013 / CARLSEN 2013). Dieser Konkurrenzdruck führt dazu, dass einiges unternommen wird und weiterhin unternommen werden muss, um die ausländischen Pflegekräfte zu integrieren und sie dazu zu motivieren, in Deutschland zu bleiben. Entsprechende Lehrgänge und Begleitprogramme sind hierfür eine notwendige Voraussetzung. Allerdings stoßen das Anerkennungsverfahren und die Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte auf Kritik verschiedener Interessenvertreter, deren Positionen im Folgenden kurz skizziert werden.

Von Seiten der Regierungsopposition wird v.a. beklagt, dass die ethischen Standards zur Rekrutierung ausländischer Gesundheitsfachkräfte gemäß WHO-Verhaltenskodex (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2006) nicht ausreichend berücksichtigt werden und es zu „Brain Drain“-Effekten<sup>10</sup> komme, wenn qualifizierte Fachkräfte aus einem Schwellenland abgezogen würden (DEUTSCHER BUNDESTAG, Drucksache 17/14716).

BENEKER und WICHTMANN (1994) stellen gar das Anwerben ausländischer Pflegekräfte mit Menschenhandel gleich und sehen in der Notwendigkeit von ausländischen Pflegekräften eine Art Kapitulation westlicher Industrienationen, die es trotz ihres Reichtums nicht schaffen, ihrer gesellschaftlichen Fürsorgepflicht nachzukommen. „Die Abhängigkeit der wirtschaftlich schwachen Länder bedingt, daß sich weltweit Pflegekräfte in Richtung der wohlhabenden ‚Sozialstaaten‘ bewegen, die sich ihre Sozialstaatlichkeit unter Kostendämpfungsdruck von Migrantinnen sichern lassen“ (BENEKER & WICHTMANN 1994, S. 9f.).

Der Deutsche Pflegerat fordert, die Rekrutierung nur unter strenger Berücksichtigung des WHO-Verhaltenskodex<sup>1</sup> (GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE 2006) durchzuführen. Das Anwerben ausländischer Pflegefachkräfte würde außerdem die

---

<sup>10</sup> Brain-Drain bedeutet, dass ein Land durch das Abwandern von Fachkräften volkswirtschaftliche Verluste erleidet.

schlechten Bedingungen, unter denen alle Pflegekräfte in Deutschland arbeiten, nur mehr zementieren:

„Die Anwerbung ausländischer Pflegefachpersonen trägt nicht zur Verbesserung dieser Rahmenbedingungen bei. Sie unterstützt eher deren Beibehaltung und integriert ausländische Pflegefachpersonen in Arbeitsbedingungen, unter denen inländische Pflegefachpersonen nicht mehr arbeiten wollen.“

(HAAS 2014, S. 68)

Ähnlich argumentiert der DBfK. Er bemängelt, dass die ausländischen Pflegekräfte schlechtere Arbeitsbedingungen vorfinden als einheimische. Überdies sei es wichtiger, die Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf grundsätzlich zu verbessern, bevor man Pflegekräfte aus dem Ausland hole (WAGNER 2013 / DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR KRANKENPFLEGE 2012).

Der DBVA begrüßt grundsätzlich die Zuwanderung von Pflegekräften, warnt aber vor Dumpinglöhnen und fordert ausreichende Sprachkenntnisse der ausländischen Mitarbeiter (DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR ALTENPFLEGE 2011).

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) wirbt selbst ausländische Pflegekräfte an und hält die behördlichen Hürden für die Anerkennung der Berufsqualifikation für zu hoch: „Neben weiteren bestehenden bürokratischen Anforderungen und Hürden, selbst bei EU-Bürgern, werden die B2-Sprachanforderungen daher meistens zur unüberwindbaren Eintrittshürde in die deutsche Pflege“ (TEWS 2012, S. 12).

Von Seiten der immigrierten Pflegefachkräfte wird das langwierige Anerkennungsverfahren kritisiert, bei dem sie während ihrer Wartezeit auf den Bescheid als Pflegehilfskräfte für Billiglohn eingestellt würden. Außerdem sei das Arbeitsfeld einer deutschen Pflegekraft im Vergleich zu den Tätigkeiten im Ausland wenig anspruchsvoll und attraktiv (GRETHNER 2013). HARDY et al. (2015) benennen die Sprache und die mangelnde Anerkennung der Qualifikation als „Migrationsbarriere“ (HARDY et al. 2015, S. 4).

Die AWO konstatiert, dass sich bei der Rekrutierung nicht die Fehler wiederholen dürften, die in den 1960-er Jahren in Deutschland gemacht wurden, als man die sogenannten Gastarbeiter auf ihre Arbeitsfunktion reduziert hatte. Deren Integration ist nur teilweise gelungen und nicht darauf zurückzuführen, dass die aufneh-

mende Gesellschaft hierfür gezielte Maßnahmen ergriffen hätte. Somit wird gefordert, dass die Rekrutierung von einem Programm zur gesellschaftlichen und beruflichen Integration begleitet werden soll (ARBEITERWOHLFAHRT 2013). Ebenso fordern HEIDENREICH & MÜNCHEN (2014) zur Eingliederung neuer Mitarbeiter ein interkulturelles Training sowie eine Sprachförderung, ansonsten könne man bei Versorgungsfehlern durch Missverständnisse ein Organisationsverschulden beim Arbeitgeber rechtlich geltend machen (vgl. HEIDENREICH & MÜNCHEN 2014, S. 214).

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) hält „die ‚Willkommenskultur‘ und Personalentwicklungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Personalbindung in Einrichtungen des Gesundheitswesens [für] sehr verbesserungswürdig“ (AMMENDE & STÖCKER 2015 o.S.). Der DBR fordert daher die Ansiedelung von Qualifikationsmaßnahmen in staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen, und zwar unter Einbindung von fachsprachlichen Ausbildungsanteilen (ebd.).

## 2.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Bei ausländischen Pflegekräften handelt es sich um Berufsangehörige, die aus unterschiedlichen Gründen, mit unterschiedlicher Vorbildung und auf unterschiedliche Arten ihren Weg in den Pflegeberuf aufnehmen. Sie setzen sich zusammen aus Migranten, die bereits in der Pflege arbeiten, aus Antragstellern zur Anerkennung ihrer Berufsqualifikation und schließlich aus Pflegekräften, die im Rahmen von Projekten der Bundesregierung und anderen Projektpartnern aus dem Ausland rekrutiert werden oder worden sind. Insgesamt ist ein Anstieg ausländischer Pflegekräfte in Deutschland zu verzeichnen, was mutmaßlich daran liegt, dass der Zugang zur Berufsausübung erleichtert worden ist, dennoch ist die Verteilung im Bundesgebiet sehr heterogen. Die dargelegten Zahlen und kritischen Positionen verschiedener Interessenvertreter und Betroffener verdeutlichen, dass angesichts der fehlenden –zigtausend Pflegekräfte die erleichterte Stellenbesetzung durch Migranten keine alleinige Lösung des Fachkräftemangels darstellt – weder quantitativ noch qualitativ. Dennoch findet man bei jeder Kritik die Forderung und den Wunsch nach einer besseren beruflichen und gesellschaftlichen Integration der ausländischen Pflegekräfte.

### 3 Problemlage

#### 3.1 Das Integrationsproblem

Es ist auch in Zukunft mit einer wachsenden Zahl an ausländischen Pflegekräften zu rechnen, die dem drohenden Fachkräftemangel in der Pflege abhelfen und daher im Pflegeberuf Fuß fassen und möglichst in Deutschland bleiben, also integriert sein sollen.

„Aus den Integrationsproblemen vor allem der zweiten und dritten Generation müssen Konsequenzen gezogen werden. In der Frühphase der Gastarbeiteranwerbung wurde in vielen Ländern auf Integrationsmaßnahmen verzichtet. Diese Versäumnisse sind heute nur noch mit größtem Aufwand auszugleichen, oftmals gelingt es gar nicht mehr.“

(ANGENENDT 2008, S. 60)

Da es bei den ersten Anwerbungen noch darum ging, möglichst schnell und möglichst viele arbeitsfähige Gastarbeiter nur zeitlich befristet nach Deutschland zu holen, hat man eine nachhaltige berufliche und gesellschaftliche Integration offenbar nicht für notwendig gehalten, schließlich war nicht vorgesehen, dass die *Gastarbeiter* in Deutschland sesshaft werden sollten. Erst spät kam man zu der Einsicht, dass die angeworbenen Menschen eine Lebensperspektive in Deutschland haben könnten (vgl. ARBEITERWOHLFAHRT 2013, S. 14). So war auch die Sprachkompetenz, und damit der Wegbereiter für die Integration der in Deutschland arbeitenden Pflegekräfte, teilweise selbst nach mehr als 20 Jahren aufgrund fehlender oder mangelhafter Kurse und unerfahrener Lehrkräfte unzureichend (vgl. FORD 1997, S. 169).

Der selbstverständliche Zusammenhang zwischen Sprachkompetenz und erfolgreicher Integration besteht in allen gesellschaftlichen Bereichen. Die Sprache ist der Schlüssel zu Bildungserfolgen und eigenständigem Leben, zur Teilhabe an Bildung, Arbeit und Wirtschaft; „Deutschförderung ist daher eine wichtige Säule einer aktivierenden Integrationspolitik“ (HIRSELAND et al. 2010, S. 14).

Von mehreren Seiten wird aber beklagt, dass die (berufliche) Integration der ausländischen Pflegekräfte nur schwer gelingt. Die in diesem Zusammenhang viel beschworene „Willkommenskultur“ herrscht in den Pflegeeinrichtungen nicht flächendeckend: „Es fehlt eine institutionalisierte Willkommenskultur. Die Eingewöh-

nung wird häufig als alleinige Aufgabe der neu Zugewanderten betrachtet“ (DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR KRANKENPFLEGE, 2014 o.S.). Zur Erleichterung des beruflichen Einstiegs gehörten u.a. „geplante und strukturierte Einarbeitung“, „Unterstützung bei Behördengängen, Wohnungssuche etc.“ sowie eine „begleitende Eingewöhnung beruflich und im Privatleben (soweit gewünscht)“ (ebd.). Allem voran aber sollten die Pflegekräfte auf das hiesige Berufsbild und ihre Tätigkeiten vorbereitet sein und ausreichende Deutschkenntnisse haben, denn die berufliche Integration und die Pflegequalität sind unmittelbar mit der Beherrschung der Sprache verbunden: „Kompromisse bei der Qualifizierung sowie der Sprachkompetenz führen zu direkten Qualitätseinbußen in der pflegerischen Versorgung und sind nicht akzeptabel!“ (DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR KRANKENPFLEGE 2012).

Um nicht die Fehler zu wiederholen, die seit den 1960-er Jahren bei der Rekrutierung von Pflegefachkräften verübt wurden, indem man sie quasi ohne gezielte Integrationsmaßnahmen ihrem Schicksal überließ und damit ihr Versagen und möglicherweise ihren Ausstieg aus dem Beruf billigend in Kauf nahm, existieren in den heutigen Programmen der Rekrutierungsprojekte Maßnahmen zur Integration. So werden die Pflegekräfte, die im Rahmen des „Triple Win Programms“ der GIZ angeworben werden, in Deutschland engmaschig unterstützt, begleitet und geschult (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT (1), S. 6). Trotzdem bestehen auch in diesen Projekten bei der Ausbildung und der Berufsausübung noch hohe kulturelle und sprachliche Hürden.

Es erscheint daher erforderlich, die Sprachkompetenz der ausländischen Pflegekräfte gezielt zu fördern. Ohne diese ist es nicht möglich, interkulturelle Kompetenz und ein berufliches Selbstbewusstsein zu erlangen, was die entscheidenden Voraussetzungen für eine berufliche Integration und das erfolgreiche Meistern beruflicher Herausforderungen sind.

### 3.2 Das Sprachproblem

Erstmals wurde 2003 im Krankenpflegegesetz sowie im Altenpflegegesetz vorgesehen, dass nur demjenigen die Erlaubnis zur Berufsausübung erteilt werden kann, der über die „erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt“ (AltPflG §

2 (4), bzw. KrPflG § 2 (4)). Die Berufsgesetze der Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflege definieren allerdings nicht, was unter den „erforderlichen Kenntnissen der deutschen Sprache“ zu verstehen ist. Es unterliegt der Entscheidung der entsprechenden Landesbehörden, welches Sprachkompetenzniveau nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) in den einzelnen Bundesländern die Voraussetzung zur Erlaubnis der Berufsausübung ist (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2014, S. 100ff.). Der GER unterscheidet sechs Stufen der allgemeinen Sprachkompetenz:

1. **A1:** Anfänger
  2. **A2:** Grundlegende Kenntnisse
  3. **B1:** Fortgeschrittene Sprachverwendung
  4. **B2:** Selbstständige Sprachverwendung
  5. **C1:** Fachkundige Sprachkenntnisse
  6. **C2:** Annähernd muttersprachliche Kenntnisse
- (siehe [www.europaeischer-referenzrahmen.de](http://www.europaeischer-referenzrahmen.de)).

Aufgrund der heterogenen Sprachanforderungen in den einzelnen Bundesländern hat sich 2012 eine länderübergreifende Arbeitsgruppe gebildet, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die sprachlichen Anforderungen für Angehörige von Pflegeberufen, die die Landesverordnungen zugrunde legen, bundesweit zu vereinheitlichen. Mittlerweile fordern die Behörden i.d.R. das allgemeine Sprachkompetenzniveau B2, also ein mittleres bis gutes Sprachvermögen. Mit B2

„verfügt [man] über ein ausreichend breites Spektrum von Redemitteln, um in klaren Beschreibungen oder Berichten über die meisten Themen allgemeiner Art zu sprechen und eigene Standpunkte auszudrücken; [man] sucht nicht auffällig nach Worten und verwendet einige komplexe Satzstrukturen.“  
([www.europaeischer-referenzrahmen.de](http://www.europaeischer-referenzrahmen.de))

Dennoch konnte auf Anfrage bei den jeweiligen Landesbehörden nach wie vor kein bundesweit einheitlicher Sprachkompetenznachweis festgestellt werden (siehe Tabellarische Übersicht über die Antworten der Landesämter im Anhang und DEUTSCHER PFLEGERAT E.V. 2014). Es existieren unterschiedliche Zertifikate, die je nach ausstellender Institution anerkannt sind oder nicht. So gibt es z.B. ein Zertifikat für

berufsbezogenes Deutsch auf dem Niveau B1, das in Hessen ausdrücklich anerkannt ist (siehe Anhang: Tabellarische Übersicht über die Antworten der Landesämter). Und in Schleswig-Holstein und Niedersachsen wurde 2012 anlässlich einer Rekrutierung spanischer Pflegefachkräfte diskutiert, das für die Berufserlaubnis erforderliche Sprachkompetenzniveau - zumindest für sechs Monate - wieder auf B1 abzusenken, obwohl es dort bereits eine länderübergreifende Einigung auf das Niveau B2 gegeben hatte (LANDESGEMEINSCHAFT HEIMMITWIRKUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2012 und NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 2012).

Die Sprachprüfung kann normalerweise an anerkannten Sprachinstituten, wie z.B. dem Goethe-Institut, abgelegt werden, aber auch hier gibt es Ausnahmen, z.B. erlaubt Schleswig-Holstein das Ablegen einer Sprachprüfung an ausgewählten Krankenpflegeschulen (siehe Tabellarische Übersicht über die Antworten der Landesämter im Anhang).

Für Migranten, die als Hilfskräfte in der Pflege arbeiten, existieren hinsichtlich der Sprachkompetenz keine gesetzlichen Vorgaben, so dass sie auch keine entsprechenden Zertifikate erwerben müssen. Somit ist davon auszugehen, dass viele von ihnen ihre Sprachkenntnisse im Alltag und bei der Ausübung ihres Berufes „nebenbei“ erwerben.

Es wird - auch beim Sprachkompetenzniveau B2 - vielfach bemängelt, dass die Sprachkenntnisse der in der Pflege beschäftigten ausländischen Mitarbeiter nicht immer ausreichen würden, um den beruflichen Anforderungen vollumfänglich gerecht zu werden. So reichen beispielsweise die Sprachkenntnisse der ausländischen Pflegenden, die ihre berufliche Anerkennung erworben haben, auch mit B2 nicht aus, um die schriftliche Pflegedokumentation korrekt führen zu können (vgl. AMMENDE 2013, S. 1102 und AMMENDE & STÖCKER 2015 o.S.).

Auch die mündliche Kommunikation ist teilweise so problematisch, dass die Pflegekräfte sich nicht ausreichend mit Kollegen und Patienten verständigen können (vgl. MERDA et al. 2014). Besonders in der Altenpflege, wo in einigen Regionen der Bundesrepublik ein besonders hoher Ausländeranteil existiert, fällt dieser Mangel besonders auf: Bei einer Bestandsaufnahme des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) wurde festgestellt, dass knapp 30% der in der Altenpflege Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen einen Migrationshintergrund haben (vgl. FRIEBE



2006, S. 11). Zu deren Sprachkompetenz befragt, empfanden die Beschäftigten selbst, bzw. deren Kollegen und Vorgesetzte, ihre Fähigkeiten zur schriftlichen und mündlichen Kommunikation im Beruf als defizitär. Bei Interviews von Leitungspersonen in Krankenhäusern und Pflegeheimen, deren Pflegekräfte in hohem Maß ausländischer Herkunft sind, wurde die mangelhafte Sprache als eine der wichtigsten Herausforderungen, vor allem in den ersten Monaten der Berufsausübung, genannt (vgl. MERDA et al. 2014, S. 20ff.).

### 3.3 Das Qualifikationsproblem

Pflegelehrgänge, damit sind sowohl Aus- als auch Fort- und Weiterbildung gemeint, spielen eine Schlüsselrolle bei der beruflichen Integration von ausländischen Pflegekräften. Eine Integration kann nur gelingen durch eine „gezielte, ausreichende, teilnehmerorientierte, nachhaltige Qualifizierungsmaßnahme mit fachlichen und sprachlichen Inhalten“ (AMMENDE 2013, S. 1101).

Die Zielgruppe für solche Lehrgänge setzt sich gemäß der vorangegangenen Ausführungen entweder aus ausländischen Pflegekräften zusammen, die bereits in Deutschland arbeiten und an einem Kurs zur Verbesserung ihrer beruflichen Chancen teilnehmen wollen, aus Migranten, die sich im Verfahren zur Anerkennung ihrer Berufsqualifikation befinden, oder aus rekrutierten Pflegekräften, die im Rahmen eines Projekts für den deutschen Pflegemarkt angeworben wurden. Bereits in Deutschland arbeitende Pflegekräfte sowie die meisten Migranten, die eine berufliche Anerkennung in Deutschland beantragen, stammen aus dem nahe liegenden Ausland, aus Polen, der Türkei, Kroatien, Bosnien und Herzegowina, Italien, Rumänien und Russland. Bei der Rekrutierung ausländischer Pflegefachkräfte orientiert man sich derzeit in Tunesien und zunehmend im asiatischen Raum, also den Philippinen, Vietnam und China.

Für hier arbeitende, antragstellende oder rekrutierte Pflegefachkräfte existieren bundesweit verschiedene Programme zur Vorbereitung auf die Berufsausübung in der Pflege. Nicht alle scheinen aber geeignet, ausreichend auf die beruflichen Tätigkeiten vorzubereiten. Es gibt bei diesen Lehrgängen sowohl quantitative als auch qualitative Defizite. Bereits 1997 wies YVONNE FORD darauf hin, dass die angebotenen Kurse für ausländische Pflegekräfte zu kurz und die Lehrpersonen nicht

ausreichend qualifiziert seien. Sie würden die Teilnehmer außerdem nicht ausreichend mit dem hiesigen Berufsbild der Krankenpflege vertraut machen und auf die kulturellen Hintergründe der Patienten und Kollegen vorbereiten (vgl. FORD 1997, S. 169).

Die Sprachförder- und Qualifikationsprogramme für die verschiedenen Zielgruppen werden zur Verdeutlichung des Problems im Folgenden vorgestellt.

### 3.3.1 Allgemeine berufsbezogene Sprachkurse für Migranten

Die Beherrschung der Sprache des Ziellandes ist der Schlüssel für die Integration. So richten sich die auf dem Markt befindlichen Programme für Migranten einerseits auf die Vermittlung von Alltagssprache und andererseits auf die Vermittlung berufsbezogener Sprache. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht in Anlehnung an die Darstellungen von HAIDER (2010, S. 32) sowie Angaben auf der Homepage des BAMF, die durch eigene Beispiele ergänzt sind.

Je nach Vorkenntnissen beginnt ein potenzieller Teilnehmer im Bereich der allgemeinen Sprachvermittlung mit einem Alphabetisierungs- oder einem allgemeinen Deutschkurs auf der Niveaustufe A1 gemäß GER oder höher. Sprachkurse mit einem konkreten Bezug zur Arbeitswelt beginnen als berufsorientierte Deutschkurse ohne berufsfachliche Inhalte. Sie richten sich an arbeitslose oder neu eingereiste Migranten. Spezielle berufsfachliche Sprachkurse werden betriebsübergreifend oder innerbetrieblich angeboten. Diese richten sich an Migranten, die sich im beruflichen Einstieg (beispielsweise im Anerkennungsverfahren) befinden oder bereits beruflich tätig sind.

Berufsorientierte und arbeitsplatzbezogene Deutschkurse finden an Volkshochschulen oder Bildungs- bzw. Sprachinstituten statt. Es existiert derzeit eine Vielzahl an verschiedenen berufsbezogenen Deutschkursen, die von unterschiedlichen Bildungsträgern angeboten werden und je nach Ausrichtung verschiedene Gruppen von Nicht-Muttersprachlern ansprechen.

An dieser Stelle sei besonders auf die arbeitsplatzbezogenen Deutschkurse „FaDA“ und „MigA“ hingewiesen, auf die im Kapitel 4 näher eingegangen wird.

Kursart	Beispiel
<b>Integrations- und Alphabetisierungskurs</b> In lateinischer Schrift zur Erst- oder Um- alphabetisierung	Kurse an Volkshochschulen, Sprachschulen oder Instituten für Integration von Migranten
<b>Allgemeiner Deutschkurs</b> Vermittlung von Grundlagen der deut- schen Sprache zur Alltagsbewältigung im Zielland. Integrationskurse für spezielle Zielgruppen (Jugendliche, Frauen, Eltern)	Kurse an Volkshochschulen, Sprachschulen oder Instituten für Integration von Migranten
<b>Berufsorientierter Deutschkurs ohne konkreten Arbeitsplatzbezug</b> Zur Ermöglichung einer Bewerbung, zur Vermittlung verschiedener Berufsbilder, zur Einführung in das Arbeitsleben in Deutschland	ESF-BAMF-Programm: Bundes- weites Integrationsprogramm zur berufsbezogenen Deutschförde- rung. Verschiedene Bildungsträ- ger für die berufliche Fort- und Weiterbildung, auch VHS
<b>Berufsorientierter Deutschkurs, berufsbegleitend</b> Förderung von Sprache in berufstypischen Situationen	ESF-BAMF-Programm: Berufsbe- zogene Deutschkurse im Gesund- heitsbereich
<b>Arbeitsplatzbezogener Deutschkurs</b> Förderung von Sprache in arbeitsplatztypi- schen Situationen	Innerbetriebliche Schulung, Pro- jekt Fachsprache Deutsch in der Altenpflege (FaDA), Projekt Mi- grantinnen und Migranten in der Altenpflege (MigA)

**Tabelle 1: Sprachkursangebot für Migranten zur Vorbereitung auf eine Arbeitstätigkeit**

### 3.3.2 Berufsbezogene Sprachkurse im IQ-Netzwerk

Zur Koordination und Verzahnung verschiedener Einrichtungen, die Integrationskurse anbieten und aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) finanziert werden, hat sich in der Bundesrepublik 2011 das IQ-Netzwerk gegründet - das „Förderprogramm Integration durch Qualifizierung“. Hierfür wurden in jedem Bundesland regionale Netzwerke gegründet, die verschiedene arbeitsmarktrelevante Akteure innerhalb einer Region miteinander koordinieren, um erwachsenen Migranten den

Zugang zum Arbeitsmarkt zu erleichtern. Damit wurde einerseits auf den bundesweiten Fachkräftemangel und andererseits auf die nicht zufriedenstellende Integration hier lebender Migranten reagiert. Auf der eigenen Homepage des IQ-Netzwerkes heißt es:

„Das Förderprogramm IQ zielt auf eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsmarkintegration von Erwachsenen mit Migrationshintergrund. Es dient der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans [...]. Zudem sollen die für die Umsetzung des ‚Anerkennungsgesetzes‘ erforderlichen regionalen Unterstützungsangebote geschaffen und Schulungskonzepte zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Fachkräfte in den Regelinstitutionen entwickelt und angeboten werden“.  
([www.netzwerk-iq.de](http://www.netzwerk-iq.de))

Neben berufsorientierten Deutschkursen ohne konkreten Arbeitsplatzbezug wurden seit November 2011 von verschiedenen Bildungsträgern im IQ-Netzwerk auch berufsbezogene Deutschkurse im Gesundheitsbereich entwickelt. Die Schwerpunkte dieser Kurse sind die arbeitsplatzbezogene Kommunikation sowie der Fachwortschatz.

Die Schulungsinhalte umfassen „Verstehen und Dokumentieren von verschiedenen Arbeitsaufträgen [...], Erwerb von Fachwissen in den Bereichen Hygiene, Grundpflege [und] Patientenansprache“ (BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2013, S. 40). Berufskunde und rechtliche Aspekte können ebenfalls thematisiert werden. Es wird empfohlen, sich an authentischen Situationen des Arbeitsalltags zu orientieren und den erforderlichen Sprachbedarf zu ermitteln. Um einen praxisnahen Unterricht zu gestalten und das berufliche Handeln nachstellen zu können, soll bestenfalls in den Bildungseinrichtungen ein Simulationszimmer genutzt werden. In der Broschüre „Berufsbezogene Deutschförderung. Das ESF-BAMF-Programm“ (BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2013) werden drei Programme aus Rheinland-Pfalz (Speyer), Berlin und Thüringen für auf Gesundheitsberufe bezogenen Deutschunterricht vorgestellt. Die Kurse umfassen berufsbezogenen Sprachunterricht und arbeitsplatzbezogenen Fachunterricht. Normalerweise werden die Kurse berufsbegleitend durchgeführt, und die Teilnehmer sind für die Unterrichtszeiten freigestellt. Nach ca. sechs Monaten sollen alle das Sprachniveau B2 nach dem GER erworben haben, um die Erlaubnis zur Berufsausübung in Deutschland zu erwerben.

Als problematisch wurde die kurze Zeit angesehen, in der die Teilnehmer auch ohne Vorkenntnisse in der deutschen Sprache bis zum B2-Niveau gelangen sollten. Dieses Ziel haben viele nicht erreichen können. Des Weiteren wurde problematisiert, dass die Teilnehmer des Berliner Programms mangelhaft im Alltag und kulturell integriert waren. Die dort qualifizierten Intensivpfleger aus Spanien und Portugal lebten in Gruppen zusammen und sprachen außerhalb des Arbeitsplatzes weiterhin nur ihre Muttersprache.

Auch wenn für den berufsbezogenen Deutschunterricht Qualitätskriterien existieren (siehe SZABLEWSKI-ÇAVUŞ & BECKMANN-SCHULZ o.J.), so weisen dennoch die beschriebenen Programme inhaltliche und strukturelle Unterschiede auf. Die inhaltlichen Unterschiede sind der Tatsache geschuldet, dass die Teilnehmer speziell auf einen Arbeitsplatz vorbereitet werden sollen. Fach- und Deutschunterricht beziehen sich dabei auf das unmittelbare Betätigungsfeld der Teilnehmer, was auf Kosten der Vermittlung von Allgemein- oder Umgangssprache geschieht und möglicherweise Mitverursacher der zuvor geschilderten unbefriedigenden Integration in den Alltag ist. Eine vorausgehende Kompetenzfeststellung wird nur für den Kurs in Speyer angegeben; bei dem Berliner und dem Thüringer Projekt fehlen diesbezügliche Angaben. Als Lehrer wurden in Berlin nur solche eingesetzt, die auch Erfahrungen mit Intensivlerngruppen hatten. Die Lehrenden für den sprachlichen Anteil der Kurse in Speyer verfügten über eine Grundausbildung in einem Gesundheitsberuf, die Fachdozenten hatten neben einem Gesundheitsberuf auch Erfahrungen in der Erwachsenenbildung. Über weitere Qualifikationen der Lehrenden werden in der Broschüre keine Angaben gemacht.

### 3.3.3 Anpassungslehrgänge für Gesundheits- und Krankenpfleger

Für Pflegekräfte, die in Deutschland eine Erlaubnis zur Berufsausübung beantragen und ein Anerkennungsverfahren durchlaufen, werden bundesweit Anpassungskurse angeboten. Da sich diese Anpassungskurse an ausländische Pflegekräfte richten, erscheint es naheliegend, dass sie sprachfördernde Inhalte aufweisen. Auf der Website der Arbeitsagentur ([www.kursnet-finden.arbeitsagentur.de](http://www.kursnet-finden.arbeitsagentur.de)) findet

man eine Liste mit 25 Anbietern für Anpassungslehrgänge, deren Homepages verlinkt sind. Für die Frage danach, ob und wie diese Kurse fachliche mit sprachlichen Inhalten verknüpfen, bzw. ob sie die zugrunde liegende Sprachkompetenz der Lehrgangsteilnehmer berücksichtigen, konnten 17 der 25 aufgelisteten Anpassungskurse ausgewertet werden. Bei den übrigen handelte es sich entweder um doppelt aufgelistete Adressen, tote Links, oder die Kurse richteten sich nicht an die Zielgruppe Pflegefachkräfte. Nach Sichtung der Homepages der Anbieter wurden die Angaben über die Kurse nach den Kategorien Standort, Einrichtung, Titel des Lehrgangs, Dauer und Umfang, Aufbau und Inhalt sowie Hinweise auf Deutschkenntnisse und Sprachförderung tabellarisch aufgelistet (siehe Anbieter von Pflegelehrgängen für Migranten im Anhang).

Deren Standorte sind, bis auf eine Ausnahme in Sachsen, in den alten Bundesländern oder Berlin. Dies mag daran liegen, dass in die neuen Bundesländer deutlich weniger Ausländer immigrieren als in die alten (vgl. BUNDESMINISTERIUM DES INNERN 2015, S. 23ff) und das Angebot entsprechend von der Nachfrage bestimmt wird.

Drei der Einrichtungen sind Krankenpflegeschulen, alle anderen sind Bildungsinstitute in freier Trägerschaft. Die Anpassungskurse unterscheiden sich sehr, nicht nur in ihrer Bezeichnung – was eine freie Internetsuche erschwert –, sondern auch in ihrem Umfang, ihrem Aufbau, und ihren Inhalten.

Die Dauer der Kurse beträgt zwischen einigen Tagen (Akademie Städt. Klinikum München GmbH) und einem Jahr (Passage gGmbH Hamburg). Der Aufbau ist in vier Einrichtungen als modularisiert angegeben. Ansonsten machen zwei Einrichtungen inhaltliche Angaben, die mit den Themenbereichen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) übereinstimmen. Ein Lehrgang ist nach Fächern gegliedert. Hinweise zum Aufbau und zur Struktur der anderen Lehrgänge lassen sich den Darstellungen im Internet nicht eindeutig entnehmen.

Eine Berücksichtigung der Sprachkompetenz im Fachunterricht erfolgt nicht bei allen Kursen, bei fünf Lehrgängen ist für die Teilnehmer das Sprachkompetenzniveau B2 als Voraussetzung angeführt, bei zwei Lehrgängen das Sprachkompetenzniveau B1. Ansonsten finden eine besondere Berücksichtigung der Sprachkenntnisse und ihre Förderung im Rahmen der Bildungsmaßnahme auf drei unterschiedliche Arten statt:

- **Übergeordnet:** Deutsch als Schwerpunkt im Kurs (z.B. Witt Schulungszentrum GmbH Auerbach)
- **Gleichgeordnet:** Kombiniertes Fach- und Sprachunterricht (z.B. UBG - Unternehmensberatung für das Gesundheitswesen Berlin, MaxQ Hamburg oder Akademie Städt. Klinikum München GmbH)
- **Nebengeordnet:** Sprachförderung als eigenständiger Kurs, zusätzlich zum Fachunterricht (z.B. Passage gGmbH Hamburg, EWZ - Entwicklungszentrum für berufliche Qualifizierung und Integration GmbH Dortmund oder Evangelische Pflege Akademie München)

Sechs Einrichtungen machen keine Angaben darüber, inwiefern die Sprachkenntnisse der Teilnehmer in den Kursen Berücksichtigung finden.

Die großen qualitativen und quantitativen Unterschiede, das bundesweit relativ geringe Angebot an Lehrgängen auf der Homepage der Arbeitsagentur und das komplizierte Auffinden im Internet machen es den potenziellen Nutzern schwer, den richtigen Kurs zu finden. Es konnten allerdings mit der Internetrecherche nicht alle Bildungsstätten für die Anpassungslehrgänge aufgefunden werden. BAYER UND WÖRLE (2015) konnten durch eine Anfrage bei den zuständigen Landesbehörden ermitteln, dass in acht Bundesländern (Bayern, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen-Anhalt) einzelne Krankenpflegeschulen auch Anpassungslehrgänge durchführen. Diese sind nur zum Teil auf der Homepage der Arbeitsagentur aufgeführt, so dass man vermuten kann, dass die Gesamtzahl der Anbieter deutlich höher liegt als die aufgefundenen.

Die Verschiedenheit der Bildungsangebote lässt außerdem vermuten, dass ihnen unterschiedliche oder möglicherweise gar keine Qualitätsstandards zugrunde liegen und der Erfolg beim Absolvieren der Kurse wenig mit der erfolgreichen Bewältigung berufspraktischer Herausforderungen zu tun hat. Daher stellt sich die Frage, ob private Bildungsträger die richtige Adresse für die Durchführung solcher Lehrgänge sind, oder ob staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen möglicherweise besser geeignet wären, die berufliche Integration zu unterstützen. Laut Gesetz sind sie es sogar, die in erster Linie die Anpassungslehrgänge durchführen sollen:

„Der Anpassungslehrgang dient dem Ausgleich der von der zuständigen Behörde festgestellten wesentlichen Unterschiede (Lehrgangsziel). Er wird entsprechend dem Lehrgangsziel in Form von theoretischem und praktischem Unterricht, einer praktischen Ausbildung mit theoretischer Unterweisung oder beidem an Einrichtungen nach § 4 Absatz 2 Satz 1 oder Satz 3 des Krankenpflegegesetzes [es handelt sich um staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen; d. Verf.] oder an von der zuständigen Behörde als vergleichbar anerkannten Einrichtungen durchgeführt.“  
(§20a (2) KrPflAPrV)

Die Nähe zu den praktischen Ausbildungsstätten, die personelle und materielle Ausstattung der staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen sowie deren Ausbildungsprogramme lassen sie als die besser geeigneten Bildungsstätten für Anpassungslehrgänge erscheinen. Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe fordert eindeutig, dass die „Begleitung, Qualifizierung und Prüfung der Antragsteller/innen [...] zwingend an Schulen nach dem KrPflG oder in Pflegekammern angesiedelt werden“ soll (AMMENDE & STÖCKER 2014 o.S.). Die wenigen Krankenpflegeschulen, die gegenwärtig Anpassungslehrgänge anbieten, lassen aber vermuten, dass der gesetzliche Auftrag zur Durchführung dieser Kurse noch längst nicht überall angekommen ist.

Es wird vom Deutschen Bildungsrat gefordert, dass den Kursen ein modularisiertes, von einer bundeslandübergreifenden Arbeitsgruppe erarbeitetes, Rahmencurriculum zugrunde liegt, so dass je nach individuellem Qualifizierungsbedarf einzelne Qualifizierungsmodule besucht werden können (vgl. AMMENDE & STÖCKER 2014 o.S.). Hierbei soll in die Krankenpflege- bzw. Fachkunde „Unterricht zur Anwendung von Fachsprache“ (ebd.) integriert sein. Ob und wie das von den Fachlehrern geleistet werden kann und ob die Sprachkompetenz mit den üblichen Verfahren zum Erwerb eines entsprechenden Zertifikats nach dem GER überprüfbar ist, wird hier allerdings nicht erörtert. Die Frage nach der Kompetenz der Lehrenden bleibt somit auch unbeantwortet. Darüber hinaus zeigen die Ausführungen im Kapitel 6 dass der alleinige Erwerb der Fachsprache nicht dazu führt, die vielfältigen beruflichen Kommunikationssituationen in der Pflege zu bewältigen.



### 3.3.4 Projekt: „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“

Das BMWi war der Auftraggeber des zum „Triple Win Programm“ gehörenden Modellprojekts „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“ in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und verschiedenen Pflegebildungseinrichtungen in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Berlin. Der Träger des Projekts ist das Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs (MoLISA) in Vietnam. Hierfür kamen im Oktober 2013 ca. 100 vietnamesische Pflegefachkräfte mit einer dreijährigen (College-Nurse) oder vierjährigen (Bachelor-Nurse) Krankenpflegeausbildung nach Deutschland, um hier eine auf zwei Jahre verkürzte Altenpflegeausbildung zu absolvieren. Es soll sich zeigen, ob mit solchen Projekten nicht nur dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden kann, sondern auch, ob eine Ausbildung und berufliche Integration erfolgt und zum erhofften individuellen und globalen Gewinn für die deutsche und vietnamesische (Gesundheits-)Wirtschaft führt (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE 2012, S. 37 und 2014, S. 15). „Durch dieses Modellvorhaben sollen die Chancen einer fundierten Pflegefachausbildung für junge Menschen aus Schwellen- und Entwicklungsländern ausgelotet und beispielhaft erprobt werden“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE 2014, S.20).

Die Auszubildenden absolvierten vorbereitend vom Frühjahr bis zum Herbst 2013 einen sechsmonatigen Deutschkurs in Hanoi und erlangten das Sprachkompetenzniveau A2 des GER. In Deutschland nahmen sie neben der Ausbildung an einem interkulturellen Begleitprogramm der GIZ und an einem weiterführenden Deutschkurs teil, mit dem sie im August 2014 das Sprachkompetenzniveau B1 oder B2 erlangten. Anfang Juni 2015 erfolgte erneut eine Sprachprüfung, bei der schließlich alle Teilnehmer mindestens das Niveau B2 erreicht haben sollten. Die Ergebnisse stehen derzeit noch aus.

Auf regelmäßig stattfindenden Konferenzen, u.a. mit Vertretern des BMWi, der GIZ und der schulischen sowie praktischen Ausbildungsstätten, haben die Beteiligten die Gelegenheit, sich über Erfolge, Probleme und Hürden im Projekt auszutau-

schen und gemeinsam Lösungsstrategien zu entwickeln. Es soll damit für die Zukunft „ein umfassendes Konzept zur fachlichen, sprachlichen und kulturellen Vorbereitung, Begleitung und Rückkehr der teilnehmenden Fachkräfte“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE 2012, S. 44) sowie für Folgeprojekte erarbeitet werden.

Aufgrund des Modellcharakters konnten die Beteiligten nicht auf alle Probleme vorbereitet sein, die sich im Laufe der verkürzten Ausbildungszeit ergaben; sie waren gefordert, schnell auf die Widrigkeiten zu reagieren und sich flexibel auf die neuen Situationen einzustellen, was mehr oder weniger gelang. Allerdings blieben zwei elementare Problembereiche dauerhaft bestehen: Die Sprachkenntnisse der Auszubildenden waren nicht ausreichend, um allen Lehrinhalten folgen, bzw. um sich im Team und mit den zu pflegenden Bewohnern ausreichend verständigen zu können, und der verkürzte Lehrplan konnte im Vorfeld nicht so gestaltet werden, dass er den tatsächlichen Bedarf der Lernenden berücksichtigte.

Entsprechend schwierig gestaltete sich die praktische und theoretische Ausbildung. Die elementaren Sprachkenntnisse, mit denen man „sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen [kann], in denen es um einen einfachen und direkten Austausch von Informationen über vertraute und geläufige Dinge geht“ ([www.europaeischer-referenzrahmen.de](http://www.europaeischer-referenzrahmen.de)), machten eine fachliche Auseinandersetzung im Unterricht, zumindest zu Beginn des Projekts, nahezu unmöglich.

Für die Pflegekräfte aus Vietnam stellte nicht zuletzt die Unähnlichkeit der Herkunftssprache mit der deutschen bezüglich der Semantik, Syntax, Grammatik und Phonetik eine besondere Herausforderung dar, was genauso auch für andere asiatische Sprachen gilt (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE 2012, S. 32 und MERDA et al. 2014, S.31). Selbst mit einem begleitenden Deutschkurs konnten diese Probleme nicht gänzlich gelöst werden. Im Deutschunterricht konnten keine fachlichen Inhalte vermittelt werden, weil die Lehrenden Deutsch- und keine Pflegelehrer waren; die Fachlehrer wiederum waren keine Deutschlehrer und stießen bei Fragen zum regelhaften Sprachgebrauch an ihre Grenzen.

Praxisanleiter konnten die Leistungen der Auszubildenden teilweise nicht beurtei-

len, z.B. blieben in den Zeugnissen die Spalten für die Bewertung der Kommunikation mit den Bewohnern, die mündliche Übergabe und die schriftliche Dokumentation leer. Aufgrund der mangelnden Sprachkenntnisse wurde den vietnamesischen Auszubildenden, die bekanntermaßen eine Fachausbildung in Vietnam absolviert hatten, keine anspruchsvolle Tätigkeit zugetraut. Lehrende aus dem Theorieunterricht berichteten, das vorhandene Fachwissen sei nicht abrufbar; die Auszubildenden selbst brachten es auf den einfachen Satz: „Ich kann es, aber ich kann es nicht auf Deutsch“<sup>11</sup>.

Dieses Problem scheint typisch zu sein für ausländische Pflegefachkräfte, die sich auf der Grundlage ihrer herkömmlichen Qualifikation in Deutschland nachqualifizieren. Bei vergleichbaren Lehrgangsteilnehmern in Österreich stellt HAIDER fest, „das zentrale Problem bestünde im Transfer des Fachwissens aus der Ausbildungssprache in die neue Zielsprache Deutsch“ (HAIDER 2010, S. 58). Bei der Auswahl fachlicher Inhalte für solche Lehrgänge läuft man daher Gefahr, sich nicht am tatsächlichen Kenntnisstand der Teilnehmer zu orientieren (ebd. S. 143).

Somit wurde bei der Ausbildung der vietnamesischen Pflegefachkräfte mehr Zeit als vorgesehen darauf verwendet, sich der fachlichen Kompetenz der Auszubildenden zu versichern und neues Wissen zu vermitteln. Daraus ergab sich der zweite Problembereich, die mangelnde Berücksichtigung des Lernbedarfs der Auszubildenden. Die Curricula der drei- oder vierjährigen vietnamesischen Krankenpflegeausbildung waren im Vorfeld des Projekts mit den Ausbildungsinhalten der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege verglichen worden, so dass ein Lehrplan für die verkürzte Altenpflegeausbildung vorlag. Hier waren vor allem die Lernfelder 1.3 („Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen“) und 1.5 („Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken“) stark reduziert worden, was sich im Verlauf der Ausbildung als ungünstig erwies. Während die Ausbildungsgänge zwar quantitativ vergleichbar sind, existieren qualitative grundsätzliche Unterschiede. Es gibt trotz vermeintlich gleicher Lehrinhalte Diskrepanzen zwischen der vietnamesischen und der deutschen Art und Weise, Pflegehandlungen bzw. therapeutische Interventionen durchzuführen; auch die Planung und

---

<sup>11</sup> So stellte es eine Auszubildende dar, als sie im Unterricht aufgefordert wurde, eine ihr bekannte Pflegetätigkeit zu beschreiben.

theoretischen Grundlagen der Interventionen mussten im Unterricht neu vermittelt werden. Schließlich benötigten die Auseinandersetzung mit dem beruflichen Selbstverständnis sowie die Deutung pflegerischer Situationen mehr Zeit. Das unterschiedliche Pflegeverständnis drückt sich bereits in der verschieden gewichteten Verteilung der Theorie- und Praxisstunden aus. Der Praxisanteil ist in der vietnamesischen Ausbildung deutlich geringer als in der deutschen, und sein Schwerpunkt liegt v.a. auf medizinischer Behandlungspflege (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE 2014, S. 19). Traditionell werden die Körperpflege und das Reichen von Nahrung in Vietnam nicht von Pflegefachkräften, sondern von Angehörigen oder Hilfskräften geleistet. In der praktischen Ausbildung gab es folglich Missverständnisse, wenn sich die Auszubildenden aufgrund ihrer neuen pflegerischen Aufgaben nicht wertgeschätzt fühlten.

Sprachliche Defizite und die kulturelle Prägung der Auszubildenden haben außerdem dazu geführt, dass Konflikte nicht offen ausgetragen wurden. Die Pflegefachkräfte aus Vietnam boten den Bewohnern der Seniorenheime sowie den Kollegen im Team nach außen ein Bild äußerst anpassungsfähiger und duldsamer Mitarbeiter. Auch HAIDER (2010) berichtet von einer Strategie der Freundlichkeit zur Kompensation sprachlicher Defizite, was vor allem „Personen aus dem asiatischen Raum (v.a. InderInnen, ChinesInnen, PhilippinerInnen) zugeschrieben“ wird (HAIDER 2010, S. 214). In Unterrichts- und Einzelgesprächen hingegen, also außerhalb der Berufspraxis, konnten im Projekt durch gezielte Nachfragen verschiedene Konflikte, z.B. Gewaltsituationen oder ausländerfeindliche Bemerkungen, thematisiert werden.

Die vietnamesischen Pflegekräfte durchliefen in der Ausbildung Phasen starker Verunsicherung, weil ihre Sprachkenntnisse nicht ausreichten, sich fachlich zu profilieren und kulturelle Missverständnisse zu klären. Es erging daher die Forderung, die Fortführung des Projekts auf eine bessere Basis zu stellen. Konkret bedeutet das eine längere sprachliche Vorbereitung am Goethe-Institut in Hanoi, um das Sprachkompetenzniveau B2 des GER zu erlangen, und des Weiteren ein Curriculum zu entwickeln, das die sprachlichen und beruflichen Unterschiede berücksichtigt.

## 4 Lösungsansätze: Kurse für Migranten in der Altenpflege

Ein relativ hoher Anteil an ausländischen Pflegekräften im Altenpflegebereich hat schon vor über zehn Jahren dafür gesorgt, dass Überlegungen zu Qualifizierungsprogrammen mit Sprachförderung vorgenommen wurden. So wurden in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Bayern mit einem relativ hohen Anteil ausländischer Pflegekräfte zwei gut dokumentierte Projekte, in denen Pflegende mit Migrationshintergrund qualifiziert werden, durchgeführt. Zum einen handelt es sich um das Projekt MigA vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung in Bonn (DIE), zum anderen um FaDA, einem Projekt der Arbeiterwohlfahrt (AWO), dessen erste Schulungen in Bielefeld und Nürnberg stattgefunden haben.

### 4.1 Das Projekt MigA

Das DIE hat in seinem Projekt „Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege“ (MigA, Laufzeit November 2004 bis Oktober 2006) zunächst den Qualifikationsbedarf und insbesondere den Sprachförderbedarf von Migranten, die in 97 stationären und 16 ambulanten Einrichtungen der Altenpflege in Nordrhein-Westfalen beschäftigt waren, ermittelt (vgl. FRIEBE 2006, S. 11). Um ein adressatengerechtes und handlungsorientiertes Schulungsprogramm entwickeln zu können, wurden hierfür sowohl die Einrichtungsleitungen nach dem Sprachbedarf als auch die Teilnehmer nach ihrem Sprachbedürfnis gefragt. Die Module des Lehrgangs wurden so konstruiert, dass Sachinhalte und authentische Gesprächssituationen mitsamt ihren benutzten Wörtern, den Sprachintentionen und ihrem Kontext verbunden sind. „Die sprachliche Förderung wird so in den Kontext der berufsfachlichen Förderung gestellt und die ‚künstliche‘ Trennung von Sprachlernen und fachlicher Qualifikation tendenziell aufgehoben“ (FRIEBE 2006, S. 21). Die Sachinhalte der vier Hauptmodule orientieren sich an Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes, an Qualitätsvorgaben und am aktuellen pflegewissenschaftlichen und gerontologischen Diskurs (vgl. FRIEBE 2006, S. 23), ihr zentrales Element ist die Kommunikation. Die Module „Mit Bewohner/innen kommunizieren, Informationen sammeln“, „Pflege planen und durchführen“, „Pflegedokumentation und Pflegebericht“ und „Fallbesprechung im multikulturellen Pflorgeteam“ umfassen jeweils vier Zeitstunden an

vier Fortbildungsterminen (vgl. FRIEBE 2006, S. 23). Zur Förderung der produktiven und rezeptiven Sprachkompetenz werden am Ende einer jeden Fortbildung anhand von Gesprächsanalysen Listen relevanter Wörter und Grammatikregeln zusammengestellt und Sprachreflexionen geübt (vgl. FRIEBE 2006, S. 23).

Die Module sind in der Handreichung „Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege“ (FRIEBE 2006) mitsamt Unterrichtsmaterialien und methodischen Hinweisen umfassend dargelegt.

## 4.2 Das Projekt FaDA

Ausgehend von einer unzureichenden Anzahl und Qualität von Fortbildungsangeboten für ausländische Pflegekräfte hat die AWO das Projekt „Fachsprache Deutsch in der Altenpflege“ (FaDA, Laufzeit Mai 2011 bis April 2014) entwickelt und erprobt (BARIC-BÜDEL 2012). Es „setzt an den bisherigen Erfahrungen und Ergebnissen von betrieblichen Maßnahmen der Sprachförderung an und orientiert sich bei der Entwicklung der Curricula der Schulung FaDA an den Qualitätskriterien für den berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache“ (ebd. S. 417). Es geht bei diesem Programm nicht darum, neue fachliche Inhalte zu vermitteln, sondern darum, die „vorhandene Fachlichkeit angemessen deutschsprachig kommunizieren zu können“ (ARBEITERWOHLFAHRT BUNDESVERBAND 2014, S. 30).

Ebenso wie im Projekt MigA wurde im Vorfeld eine Sprachbedarfsermittlung vorgenommen. Dabei ging man von den verschiedenen Interaktionssettings in der Altenpflegepraxis aus und nahm eine „mehrperspektivische Bedarfsanalyse“ (ebd. S. 7) vor. Das subjektive Sprachbedürfnis der Lernenden entsprang ihren Erwartungen und Motiven, aus denen heraus sie an der Bildungsmaßnahme teilnahmen. Es orientierte sich auch an den individuellen Lerngewohnheiten und subjektiv wahrgenommenen Defiziten. Im Ergebnis konnte die AWO feststellen, dass Pflegekräfte im Arbeitsalltag mit unterschiedlichen Akteuren hochkomplexe sprachliche Anforderungen bewältigen müssen. Kommunikation in der Pflege vollzieht sich demnach

- „mit unterschiedlichen Kommunikationspartner/innen
- auf unterschiedlichen Beziehungsebenen
- in unterschiedlichen Fachsprachen / Codes

- auf unterschiedlichen Kommunikationswegen
- auf unterschiedlichen Sprachniveaus"

(ARBEITERWOHLFAHRT BUNDESVERBAND 2014, S. 28).

Auf dieser Grundlage hat die AWO Module entwickelt, die acht beruflichen Handlungsfeldern in der Pflege entsprechen, z.B. „Pflegerische Versorgung von Bewohnern“ oder „Kooperation mit externen Akteuren“. Pflegekräfte agieren in diesen Handlungsfeldern aus verschiedenen beruflichen Rollen heraus, z.B. als Mitglied im Team, als Bezugsperson für Bewohner oder als Verantwortliche für Qualitätssicherung. Je nach Rolle und Funktion sind sie mit unterschiedlichen Aufgaben betraut, die entsprechende kommunikative und interkulturelle Kompetenzen erfordern. Hierfür hat die AWO eine Matrix entwickelt, in der die berufliche Handlungssituation mit der Rolle des Mitarbeiters und seinen Aufgaben sowie die erforderlichen Kompetenzen abgebildet sind.

### 4.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Auch wenn die ausländischen Pflegekräfte heutzutage bei ihrer Integration nicht mehr ganz allein gelassen werden, weisen die verschiedenen Programme aus Kapitel 3.3, die Pflegenden auf ihre Berufsausübung vorbereiten sollen, noch erhebliche Mängel auf. So gibt es nur wenig Kursangebote für Anpassungsmaßnahmen im Rahmen der Berufsqualifikationsanerkennung. Diese Kurse sind bezüglich ihres Umfangs, ihrer Struktur und ihrer Inhalte höchst unterschiedlich und damit schlecht vergleichbar.

Auch die Sprachkurse, die zum erforderlichen Sprachniveau B2 des GER führen, scheinen für die pflegeberuflichen Herausforderungen an die schriftliche und mündliche Sprachanwendung nicht auszureichen. Die Sprachkompetenz in der Pflege ist hierbei so elementar, dass sie nicht schnell und auch nicht nebenbei erworben werden kann. Das Integrations- und Ausbildungsprogramm, das für die rekrutierten Pflegekräfte aus Vietnam durchgeführt wurde, ist hinsichtlich der Förderung sprachlicher und interkultureller Kompetenz sowie der Auseinandersetzung mit dem beruflichen Selbstverständnis und Konfliktmanagement noch verbesserungswürdig.

Die übergeordnete Zielstellung und die damit verbundene Evaluation von Lehrgangsprogrammen für ausländische Pflegekräfte müssen sich daher an der beruflichen Integration orientieren. Notwendige Bedingungen für die berufliche Integration sind sowohl die Sprach- als auch die interkulturelle Kompetenz: „Das fehlende sprachliche und kulturelle Verständnis untereinander, das auch immer wieder zu Kränkungen und Mißverständnissen führt, beeinträchtigt die Haltung, die psychische Verfassung der Beteiligten und stört das Betriebsklima“ (FORD 1997, S. 169). Berufliche Integration zu erreichen ist zwar nicht allein Aufgabe der Lehrgänge, aber sie schaffen die hierfür notwendigen Bedingungen. Während die in Kap. 3.3 beschriebenen Pflegelehrgänge häufig getrennt von Sprachkursen stattfinden oder lediglich die zum Thema gehörige Fachsprache beinhalten, sollten Lehrgänge, die sich die berufliche Integration ausländischer Pflegekräfte zum Ziel setzen, nicht nur die Fachkompetenz berücksichtigen, sondern auch die interkulturelle Kompetenz sowie die Berufssprache in ihren zahlreichen Facetten (vgl. FORD 1997, S. 170).

Lösungsansätze bieten die in Kapitel 4 vorgestellten Projekte des DIE und der AWO. Neu ist, dass sie nach einer sehr genauen Sprachbedarfs- und Handlungssituationsanalyse modularisierte Fortbildungen entwickelt haben. Zu begrüßen ist auch der Ansatz des Projekts FaDA, die berufliche Rolle der agierenden Pflegekräfte zu definieren, um das Sprachhandeln in einen umfassenderen und authentischen Kontext zu stellen. Mit insgesamt 16 Zeitstunden erscheint der Umfang der MigA-Fortbildungen allerdings deutlich zu kurz. Leider gibt es keine Hinweise auf den Erfolg der Maßnahme in der veröffentlichten Handreichung. Die Evaluation des FaDA-Projekts ergab, dass sogar die durchgeführten 100 Stunden zu wenig gewesen waren, um für die komplexen sprachlichen Anforderungen ausreichend gerüstet zu sein (vgl. ARBEITERWOHLFAHRT BUNDESVERBAND 2014, S. 109). Auch wenn die beiden Lehrgänge für Pflegehilfskräfte aus der Altenpflege konzipiert sind, liefern sie für diese Arbeit wertvolle Hinweise zur Konzeption von Pflegelehrgängen mit integrierter Sprachförderung.

Die nachfolgenden Ausführungen widmen sich den Aspekten Integration und Interkulturalität, die unmittelbar an die Sprachkompetenz gekoppelt sind und bei der Konzeption von Pflegelehrgängen bedacht werden müssen. Der Berufssprache ist daran anschließend ein eigenes Kapitel gewidmet.



## 5 Integration und Interkulturalität

Integration, also die Eingliederung in eine Gesellschaft und der Erwerb damit verbundener Rechte, Pflichten und Privilegien, ist nur unter der Bedingung kultureller Kompetenz denkbar. Kulturelle Kompetenz kann man als Fähigkeit verstehen, sich in einem Gruppengefüge angemessen verhalten, also interagieren, zu können. Dieses Sozialverhalten geschieht unter Verwendung sprachlich-kommunikativer Mittel, dazu gehört nicht nur die Anwendung von schriftlicher und mündlicher Sprache, sondern auch der Einsatz von Körpersprache, Nähe- und Distanzverhalten, Rollenverhalten, Einfühlungsvermögen u.a.m. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Sozialverhalten ein hochkomplexes Geschehen ist, das gesellschaftlichen Konventionen unterliegt und das ein Mensch in der Gesellschaft lernt, in der er agiert. Dabei erwirbt man über die Zeit ein Verhaltensrepertoire, mit dem man innerhalb eines sozialen Gefüges ungehindert interagieren kann.

Bei der Zusammenkunft von Menschen aus verschiedenen Kulturen wird mit dem in der Herkunftsgesellschaft erworbenen Verhaltensrepertoire agiert, was bei Nicht-Übereinstimmung mit dem des Interaktionspartners zu Missverständnissen und Konflikten führen kann. Mit diesen Unterschieden im Sozialverhalten umgehen zu können, bezeichnet man als interkulturelle Kompetenz, die definiert wird als personen-, kontext- und situationsbezogene Handlungsfähigkeit in kulturell differenten Situationen (vgl. SETTELMAYER 2011, S. 144).

### 5.1 Berufliche Integration

Im Zuge der zunehmenden Anzahl ausländischer Pflegekräfte und aufgrund negativer Erfahrungen in der Vergangenheit wünschen sich alle Beteiligten eine bessere berufliche Integration. Diese kann als notwendige Bedingung dafür angesehen werden im Beruf zu verweilen, denn Migranten, bei denen diese Integration nicht gelungen ist, werden möglicherweise schnell wieder den Beruf oder Deutschland verlassen. Unter Integration versteht man im Allgemeinen

„die Eingliederung neuer Bevölkerungsgruppen in bestehende Sozialstrukturen und die Art und Weisen, wie diese neuen Bevölkerungsgruppen mit dem bestehenden System sozio-ökonomischer, rechtlicher und kultureller Beziehungen verknüpft werden.“

(HECKMANN 2005, S. 2)

Hierbei unterscheidet man im soziologischen Sinne vier Dimensionen der Integration. Zunächst die **strukturelle Integration**, die den „Zugang zu Positionen in den Kerninstitutionen der aufnehmenden Gesellschaft“ (HECKMANN 2005, S. 2) ermöglicht. Bei der **kulturellen Integration** erfolgt ein Veränderungsprozess bei dem Migranten selbst in Bezug auf Kognition, Kultur, Verhalten und Einstellungen; die **soziale Integration** bedeutet, Menschen der aufnehmenden Gesellschaft als Freunde oder Partner zu haben, und schließlich bedeutet die **identifikative Integration**, sich subjektiv zur aufnehmenden Gesellschaft zugehörig zu fühlen (vgl. HECKMANN 2005, S. 2).

Diese vier Dimensionen kann man auch als Schritte im Prozess der Integration begreifen. Übertragen auf die berufliche Integration könnte man strukturell die Zugangsberechtigung zu einem bestimmten Beruf auffassen. Hierfür sorgen die entsprechenden Gesetze und Vorschriften. Bei der berufsbezogenen kulturellen Integration ginge es somit um die Deutung und Bewältigung beruflicher Situationen; die soziale Integration im beruflichen Sinne würde bedeuten, auch auf privater Ebene den Berufskollegen näher zu kommen, um sich schließlich im vierten Schritt als Berufsangehöriger mit dem Berufsbild zu identifizieren und sich als Teil des Teams zu empfinden.

Integration ist ein gegenseitiger Prozess, der sowohl von den Migranten selbst als auch von der aufnehmenden Gesellschaft gestaltet wird. Hierzu hat das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) ein bundesweites Integrationsprogramm entwickelt (HIRSELAND et al. 2010). Damit sollen die vielfältigen Angebote zur Bildung und gesellschaftlichen, sprachlichen und beruflichen Integration, die bundesweit von verschiedenen Vereinen und anderen Institutionen erbracht werden, systematisch unter ein gemeinsames strategisches Dach gestellt, koordiniert und erweitert werden (vgl. HIRSELAND et al., S. 11f.).

Die Kommunikation im Beruf ist die Grundlage für eine gelungene Zusammenarbeit im multikulturellen Team. Eine besondere Bedeutung für die Integration ins Arbeitsteam wird dem „Small Talk“ zugeschrieben: „Es ist der ‚Small Talk‘, der in einer Organisation maßgeblich darüber entscheidet, wer dazu gehört und wer nicht“ (GRÜNHAGE-MONETTI 2009, S. 53).



**Abb. 2: Dimensionen beruflicher Integration**

Ist die Kommunikation gestört – „sei es aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse, mangelnden Wissens über Gesprächsführung oder aufgrund abweichender Arbeitshaltungen und unterschiedlicher Verhaltensstrategien z.B. in Konfliktsituationen“ (HAIDER 2010, S. 182), führt das zu negativen Konsequenzen. Die sprachlichen Anforderungen im Pflegebereich sind sowohl für Pflegefach- als auch für Pflegehilfskräfte im Vergleich mit anderen Berufen sehr umfassend.

Herrschen hohe Ansprüche an die Sprachkompetenz, insbesondere bei der Pflegedokumentation, kann es dazu kommen, dass sich Teammitglieder, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, bestimmten Aufgaben entziehen, was zu einem negativen Betriebsklima, Misstrauen und Konkurrenz im Team führen kann (vgl. GRÜNHAGE-MONETTI 2009, S. 49f.). Ein begrenztes Sprachvermögen ausländischer Mitarbeiter fordert die einheimischen Kollegen aus dem Team dazu auf, sich ihnen mit besonders viel Geduld zuzuwenden, wenn es um die Erklärung

komplizierter Sachverhalte und Arbeitsaufträge geht. Zugunsten eines reibungslosen Ablaufs kann es dazu kommen, dass den ausländischen Mitarbeitern nur einfache und Routinearbeiten zugemutet werden, weil man sich sonst mit langen Erklärungen aufhalten müsste (vgl. GRÜNHAGE-MONETTI 2009, S. 52). Hierdurch kommt es zu falschen Rollenzuweisungen, möglicherweise einer Spaltung im Team und zur Verknennung der tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten. Die Ressourcen, die Mitarbeiter mit Migrationshintergrund mit ins Team bringen könnten, bleiben damit ungenutzt.

Die berufliche Integration ist auch mit der Perspektive eines beruflichen Aufstiegs verbunden, der mit der Verringerung physischer und psychischer Belastungen sowie einer Erhöhung des Status' assoziiert wird. Mangelnde Sprachkenntnisse verhindern berufliche Karriereschritte und führen zu Frustration und dem Wunsch nach Ausstieg und Berufswechsel (vgl. HAIDER 2010, S. 253f.).

## 5.2 Interkulturalität

Interkulturalität in der Pflege wird meist mit Blick auf die zu pflegende multikulturelle Klientel thematisiert, denn mittlerweile sind die sogenannten Gastarbeiter der 60-er und 70-er Jahre im Rentenalter, und der Anteil an gesundheitlich beeinträchtigten und pflegebedürftigen Migranten wird in den nächsten Jahren stark ansteigen (vgl. SCHIMANY et al. 2012, S. 208ff.). Bei der Pflege von Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund als dem der Pflegenden kommt es zu „kulturellen Überschneidungssituationen“ (JANA 2004, S. 53), die mit Hilfe interkultureller Kompetenz gemeistert werden müssen.

Seit Inkrafttreten der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege ist die Interkulturelle Kompetenz ein Ziel der Ausbildung und im Lernfeld 2.1 „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“ (AltAPrV, Anlage 1) verankert. So hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) nach einem 2-jährigen Forschungsprojekt ihr „Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung“ herausgebracht (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2005), womit Lehrmaterialien zur Verfügung stehen, die kultursensible Aspekte in verschiede-

nen Lehrinhalten berücksichtigen. Auch in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Krankenpflege (KrPflAPrV) findet man im Themenbereich 5 einen Bezug zur Kultur: Es sollen beim Pflegehandeln u.a. die ethnischen, interkulturellen religiösen Aspekte beachtet werden (KrPflAPrV, Anlage 1). In verschiedenen Curricula für die Krankenpflegeausbildung ist neben den ausschließlich auf interkulturelle Kompetenz ausgerichteten Lerneinheiten zur Befähigung, Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen bzw. aus fremden Kulturen zu pflegen, vorgesehen, dass Themen wie Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Schmerz, Sterben, Alter und Pflegeanamnese auch im soziokulturellen Kontext behandelt werden.

Unter Rückgriff auf verschiedene Theorien<sup>12</sup> hat MELANIE JANA (2004) Aspekte der inter- und transkulturellen Pflegekompetenz herausgearbeitet. Gemäß ihrer Ausführungen kann man die folgenden Fähigkeiten für eine interkulturelle Pflegekompetenz ausmachen:

- Kenntnisse über andere Kulturen (insbesondere über Krankheitsverarbeitung) und eigene kulturelle Erfahrungen
- Aufgeschlossenheit, Interesse, Akzeptanz und Sensibilität für die Lebenswelt des anderen sowie Empathie
- Sensibilität für und in kulturell unterschiedlichen Situationen
- Fähigkeit zur Berücksichtigung der kulturellen Verhaltensweisen und Glaubensvorstellungen sowie der Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen
- Fähigkeit zur Reflexion über eigene und fremde kulturabhängige Deutungen
- Abschied vom Kategoriendenken und der eigenen Deutung als Norm
- Betonung der Gemeinsamkeiten und Erkennen der Unterschiede
- Fähigkeit, eigene und fremde Deutungen zusammenzuführen
- Entwicklung eines gemeinsamen Vorgehens unter Berücksichtigung kultureller Gemeinsamkeiten und Unterschiede

(vgl. JANA 2004, S. 52ff.)

---

<sup>12</sup> Jana hat hierfür Ansätze aus der Pflegewissenschaft von Irena Papadopoulos, Charlotte Uzarewics, Wolf Rainer Leenen & Harald Grosch, Dagmar Domenig, Andrea Zielke-Nadkarni und Wolfgang Kollak aufgeführt.

Es fällt auf, dass die interkulturelle Kompetenz im Pflegekontext bislang in erster Linie mit Blick auf die kulturellen Unterschiede zwischen Pflegekraft und zu Pflegendem behandelt wurde. Erst in letzter Zeit geht es bei der interkulturellen Kompetenz auch um multikulturelle Pflgeteams. Es ist vor allem die Altenpflege, die sich mit diesem Thema beschäftigt, denn der prozentuale Anteil von Migranten ist bei den Pflegehilfskräften höher als bei den -fachkräften, und in Senioreneinrichtungen arbeiten im Vergleich zu Krankenhäusern deutlich mehr Pflegehilfskräfte. Somit wird insbesondere von ausländischen Pflegekräften erwartet, dass sie sich sowohl auf die Kultur der Kollegen als auch auf die der Patienten einstellen können.

### 5.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Berufliche Integration als übergeordnetes Ziel von Pflegelehrgängen für ausländische Pflegekräfte bedeutet, neben der Sprache auch die interkulturelle Kompetenz der Lehrgangsteilnehmer zu fördern, wohl wissend, dass eine berufliche Integration auch davon abhängig ist, ob und wie ein Team neue Mitarbeiter, insbesondere Migranten, willkommen heißt. Eine Voraussetzung, sich als Berufsangehöriger fühlen und mit dem hiesigen Berufsbild identifizieren zu können, ist die Beherrschung der berufseigenen Sprache. Während jeder Berufszweig über ein eigenes Sprachmuster zur Verständigung mit Kollegen und Kunden verfügt (GRÜNHAGE-MONETTI 2009), kommt der pflegeberuflichen Sprache eine besondere Bedeutung zu, denn der Pflegeberuf ist per se ein Kommunikationsberuf.

Interkulturelle Kompetenz findet zwar Berücksichtigung in den Themenbereichen bzw. Lernfeldern der Kranken- und Altenpflegeausbildung, ist aber normalerweise so gemeint, dass der zu pflegende Mensch fremd ist und sich die interkulturelle Kompetenz darauf beschränkt, die Pflege-Patientenbeziehung mit einem für die Pflegekraft fremden Menschen zu gestalten. Keine Berücksichtigung findet hierbei die Tatsache, dass für die ausländische Pflegekraft zunächst nicht nur alle Patienten, sondern auch die Kollegen eine für sie fremde Kultur haben und dass von ihr in der beruflichen Praxis interkulturelle Kompetenz im besonderen Maß eingefordert wird.

Die Interkulturelle Kompetenz setzt sich zusammen aus den Aspekten **Wissen** um

verschiedene Kulturen, **Sensibilität/Erkennen** von Verschiedenheiten, **Reflexion/Deutung** der eigenen und fremden Haltung und **Handeln** unter Nutzung der Verschiedenheit. Für eine Lehrgangsgestaltung müssen diese Aspekte einfließen, was bedeutet, dass berufliche Handlungssituationen den Ausgangspunkt für die Offenlegung von Deutungsmustern der Teilnehmer bilden. Bei den beruflichen Handlungssituationen geht es nicht nur um die Gestaltung von Pflegehandlungen, sondern auch um die Interaktion mit Kollegen. Interkulturelle Kompetenz bildet somit eine Voraussetzung für die berufliche Integration.

Lehrgänge bieten damit ein Forum, sich über das Eigene und das Fremde auszutauschen und die eigene berufliche Rolle zu reflektieren. So kann man im Unterricht die interkulturelle Verständigung üben, für die in der beruflichen Praxis selten Zeit und Raum zur Verfügung steht. Eine derartige Verständigung ist ohne Sprache nicht denkbar. SETTELMAYER plädiert daher dafür, Sprachkenntnisse und interkulturelle Kompetenz in der Berufsbildung nicht zu trennen:

„Sprache wird [...]als Teil von Kultur und damit interkultureller Kompetenz angesehen, da durch Sprache z. B. Diskurskonventionen, wie Länge und Themen von Small Talk oder die Lautstärke einer Unterhaltung, deutlich werden, die sich u. a. kulturell unterscheiden.“

(SETTELMAYER 2011, S. 145)

Pflegehandeln ist ohne Sprache nicht denkbar. Daher geht es in dem folgenden Kapitel um die Besonderheiten der beruflichen Sprache in der Pflege.

## 6 Sprache und Pflege

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass die Sprachförderung in den Qualifikationslehrgängen für ausländische Pflegekräfte noch nicht ausreichend Berücksichtigung gefunden hat und dass die erwartete berufliche Integration von Migranten nicht zufriedenstellend erreicht werden konnte. Zur Erschließung von erforderlichen Konstruktionselementen bei der Pflegelehrgangsgestaltung für Migranten soll im Folgenden herausgearbeitet werden, welcher objektive Sprachbedarf und welches subjektive Sprachbedürfnis bestehen.

### 6.1 Sprachbedarf und Sprachbedürfnis

Für die Erschließung sprachlicher Inhalte von Pflegelehrgängen ist es zunächst erforderlich, den objektiven Sprachbedarf und das subjektive Sprachbedürfnis zu ermitteln.

Beim objektiven Sprachbedarf handelt es sich um

„Sprachbedarfe, die Kursleitende selbst aufgrund einer Untersuchung der beruflichen Zielsituationen und deren kommunikativen Anforderungen sowie unter Berücksichtigung der sprachlichen Voraussetzungen und beruflichen Erfahrungen der Teilnehmenden erkennen bzw. feststellen können. Dabei werden insbesondere auch die Erwartungen anderer Beteiligter (wie Jobcenter, Betrieb, Bildungsträger etc.) beachtet. Objektive Bedarfe beruhen auf Sachinformationen und dienen der Beschreibung der Unterrichtsziele.“

(WEISSENBERG 2012, S.9)

Dieser Sprachbedarf wird von Akteuren formuliert, die die für das Berufsfeld erforderliche Sprachkompetenz bestimmen: Gesetzgeber, Vorgesetzte und Bildungsauftragte. Das subjektive Sprachbedürfnis ist der Sprachbedarf, den

„die Kursteilnehmenden selbst äußern bzw. formulieren. Unabhängig von den „äußeren“ Anforderungen beruflicher Situationen und den daraus abgeleiteten objektiven Bedarfen hat jede/r Teilnehmende ihren/seinen ganz eigenen Zugang zum Sprachkurs und zu dessen Zielen - Erwartungen, Hoffnungen, Wünsche, die mit dem berufsbezogenen Sprachkurs verknüpft sind - sowie Vorstellungen davon, was in dem Kurs gelernt werden soll. Diese „innere“ Einstellung und Haltung und die dadurch zum Vorschein kommenden subjektiven Bedarfe sind ein Schlüssel zur Motivierung der Kursteilnehmenden und zur Förderung der Lernprozesse.“

(WEISSENBERG 2012, S. 10)



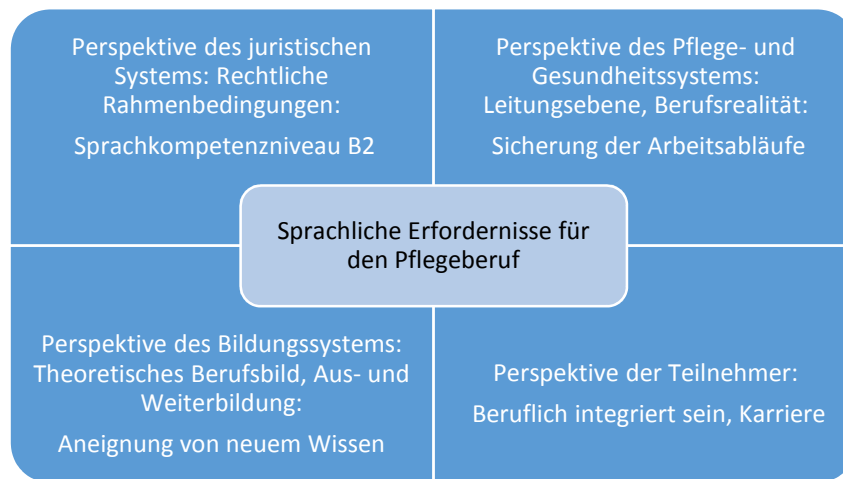
Bei dem Projekt FaDA (Kap. 4.2) hat die AWO aus Sicht der Einrichtung, der Bewohner, der Angehörigen, der Mitarbeiter, der Kollegen und der externen Akteure den Sprachbedarf ermittelt. Hierfür wurden die digitalen und analogen mündlichen, fernmündlichen und schriftlichen Kommunikationsformen unter der Fragestellung des kommunikativen und fachsprachlichen Bedarfs sowie der hierfür erforderlichen Kompetenz und des nötigen Lernbedarfs mit den Methoden Interview und Hospitation analysiert (vgl. ARBEITERWOHLFAHRT BUNDESVERBAND 2014, S. 26).

Durch die verschiedenen Perspektiven, aus denen heraus die sprachlichen Fähigkeiten Pflegender eingefordert werden, ergibt sich ein Gesamtbild, auf dessen Grundlage Kursinhalte und Lehrmaterialien entwickelt werden können (vgl. GRÜN-HAGE-MONETTI 2009, S. 15). Von einer umfassenden Erhebung der sprachlichen Erfordernisse hängt der Erfolg von Pflegelehrgängen mit integrierter Sprachförderung ab.

BARBARA HAIDER (2010) hat in ihrer Dissertation zum Thema „Deutsch für die Gesundheits- und Krankenpflege“ eine „kritische Sprachbedarfserhebung“ durchgeführt. Dabei unternahm sie den Versuch, den objektiven Sprachbedarf und das subjektive Sprachbedürfnis zusammenzuführen und als Grundlage einer Sprachförderung in Nostrifikationslehrgängen<sup>13</sup> für ausländische Pflegekräfte zu verwenden: „Das Ziel einer kritischen Sprachbedarfserhebung, die auf einer ethnographischen Herangehensweise an das jeweilige (berufliche) Feld basiert, ist es, einen Kompromiss zwischen den Beteiligten an einem System zu finden“ (ebd. S. 54). Hierfür ist es erforderlich, die verschiedenen Perspektiven, aus denen heraus der Sprachbedarf bzw. das Sprachbedürfnis formuliert werden, „klar zu benennen, um dann in einem nächsten Schritt ein Sprachförderungsmodell aushandeln zu können, das den Lernenden einen emanzipierten Umgang mit der jeweiligen beruflichen Situation ermöglicht“ (ebd.). Die verschiedenen Perspektiven, aus denen heraus Ansprüche an die sprachlichen Fähigkeiten der ausländischen Pflegekräfte gestellt werden, zeigt Abb. 3.

---

<sup>13</sup> Nostrifikation bezeichnet in Österreich die Berufsqualifikationsanerkennung. Die dazugehörigen Lehrgänge werden in dieser Arbeit als Anpassungslehrgänge (Kap. 3.1) bezeichnet.



**Abb. 3: Perspektiven für Spracherfordernisse im Pflegeberuf**

Aus der Perspektive des juristischen Systems werden für Berufsangehörige der Gesundheits- und Kranken- sowie der Altenpflege in den jeweiligen Berufsgesetzen für die Erlaubnis zur Berufsausübung ausreichende Sprachkenntnisse verlangt. Im Allgemeinen entspricht das dem Sprachkompetenzniveau B2 gemäß GER. Das bedeutet praktisch, der Anwender

„kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne grössere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.“

([www.europaeischer-referenzrahmen.de](http://www.europaeischer-referenzrahmen.de))

Für Pflegehilfskräfte existieren keine einheitlichen Bestimmungen, allerdings müssen die Sprachkenntnisse in jedem Fall soweit vorhanden sein, dass keine haftungsrechtlichen Probleme bei der Berufsausübung auftreten.

Die Perspektive des Pflege- und Gesundheitssystems richtet sich auf das berufliche Handeln, und es wird erwartet, dass Abläufe in der pflegerischen Versorgung reibungslos funktionieren. Der Anspruch an die sprachlichen Fähigkeiten wird von Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen sowie von intra- und interdisziplinären Teamkollegen formuliert. Er ergibt sich aus den beruflichen Handlungen, in denen kommuniziert wird (GRÜNHAGE-MONETTI 2009).

Wie wichtig die Sprache für die Arbeitsabläufe in der Pflege ist, kann man an der

Themenwahl für Weiterbildungen erkennen: In Einrichtungen, wo Mitarbeiter mit Migrationshintergrund arbeiten, wünschten sich Einrichtungsleitungen vor allem die Themen Sprache (mündlich und schriftlich), Fachsprache, Pflegedokumentation, Pflegeplanung und Kommunikation (FRIEBE 2006, S. 11).

Aus der Bildungsperspektive wird erwartet, dass die Berufsangehörigen oder Auszubildenden insofern die Sprache anwenden können, als sie sich mit Bildungsinhalten vertieft auseinandersetzen und diese verarbeiten können. Diese sind - je nach Grad der Professionalisierung - mehr oder weniger wissenschaftlich und komplex, was eine Bildungssprachkompetenz erforderlich macht.

Bei der Bildungssprache „geht es nicht allein um den Fachwortschatz, sondern auch um die Bewältigung intellektuell anspruchsvoller sprachlich-kognitiver Operationen, für die ein entsprechend präzises, explizites und ökonomisches sprachliches Register benötigt wird“ (BETHSCHEIDER et al. 2010, S. 5).

Aus Perspektive der Teilnehmer geht es vor allem um das Integriert-Sein. Hierfür erwarten sie, sowohl in ihrer beruflichen Kompetenz anerkannt zu werden als auch Aufstiegsmöglichkeiten wahrnehmen zu können.

Die sprachlichen Anforderungen aus beruflicher, Bildungs- und Teilnehmerperspektive werden in den folgenden Kapiteln näher dargelegt.

## 6.2 Die Rolle der Sprache in der Pflege

Welche wesentliche Rolle die Sprache und Kommunikation in der Pflege spielen, kann man an der 285 Seiten umfassenden Bibliografie zur verbalen Kommunikation in der Pflege von SABINE WALTHER (2003) ablesen. Hier sind alle Veröffentlichungen zu diesem Thema, die bis Mitte 2002 erschienen sind, zusammengestellt, und es wurde von ihr eine „zunehmende Beschäftigung mit den sprachlich-kommunikativen Kompetenzen Pflegender“ (WALTHER 2003, S. 11) festgestellt, wobei allerdings überwiegend die Kommunikation in der Pflege behandelt wird und weniger die sprachlichen Aspekte – also die Voraussetzungen für Kommunikation (vgl. ebd. S. 14f). Anhand ihrer Zusammenstellung der relevanten Literatur wird die Mehrdimensionalität pflegerischer Sprachhandlungen deutlich: In der Pflege wird mit verschiedenen Kommunikationspartnern auf unterschiedlichen sprachlichen Niveaus mittels verschiedener Medien kommuniziert. Somit kann man den Pflegeberuf als

einen Interaktionsberuf mit dem Kernelement Kommunikation bezeichnen. „Berufe im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege [...] sind *Sprach*berufe [Hervorhebung im Text; d. Verf.] per excellence, da sie neben einer umfassenden Fachkompetenz auch ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz im Umgang mit PatientInnen, KlientInnen, aber auch KollegInnen im intra- und interdisziplinären Diskurs fordern“ (HAIDER 2010, S. 8). Für eine gelungene Kommunikation benötigt man Sprache – im besten Fall eine gemeinsame Sprache der beteiligten Interaktionspartner. „Der *adressaten- und situationsadäquate* [Hervorhebung im Text; d. Verf.] Gebrauch von (Fach-)Sprache in unterschiedlichsten Kommunikationssituationen spielt in einer professionellen Pflege eine zentrale Rolle“ (HAIDER 2010, S. 192).

Die Professionalisierung der Pflege und die Ausdifferenzierung der beruflichen Handlungsfelder erfordern ein zunehmend höheres und vielfältigeres Sprachvermögen. Damit liegt der Fokus zur Ermittlung der verschiedenen Sprachhandlungen im Beruf Pflege nur insofern auf der Interaktion mit Patienten und Kollegen, als die hierfür erforderliche Sprachkompetenz herausgearbeitet werden soll. Somit wird Berufssprache in dieser Arbeit in ihrer Zweckorientiertheit bearbeitet: sie dient dem Anwender dazu, in das Arbeitsleben einzusteigen, berufliche Herausforderungen zu meistern und berufliche Karriereschritte zu gehen. Damit geht die Sprachvermittlung im Rahmen eines Lehrgangs weit über das Fachsprachliche eines Berufes hinaus und nimmt die Bedürfnisse der Anwender stärker in den Blick (vgl. HAIDER 2010, S. 19). Es sind die folgenden drei Teilbereiche der beruflichen Kommunikation richtungsweisend:

- Die **arbeitsplatzbezogene Kommunikation**, die der Einbindung ins allgemeine Arbeitsleben und der beruflichen Identität dient
- Die **berufsfachliche Kommunikation**, die der Bewältigung unmittelbarer beruflicher Anforderungen dient
- Die **qualifizierungsbezogene Kommunikation**, die der Rezeption und Produktion neuen Wissens dient

(vgl. HAIDER 2010, S. 33f).

Im ersten Teilbereich, der arbeitsplatzbezogenen Kommunikation, geht es vor allem um das Arbeitsleben im Allgemeinen. Die Vermittlung der hierfür erforderlichen Sprache findet man i.d.R. in berufsorientierten Deutschkursen, in denen Bewerbungstraining, verschiedene Berufsbilder oder Grundlagen der Sozialversicherung die Ausgangslage zur Sprachvermittlung darstellen (vgl. HAIDER, S. 32). Es können diesem Bereich auch Ziel- und Kritikgespräche mit Mitarbeitern zugeordnet werden. Hierbei geht es zwar um berufliches Handeln, das sprachlich gemeistert werden muss, es ist aber allgemein gehalten und nicht auf einen speziellen Beruf bezogen; eine eigene Berufsfachsprache ist hierfür nicht erforderlich.

Die in dieser Arbeit herauszuarbeitenden Konstruktionselemente für eine Sprachförderung im Rahmen von Pflegelehrgängen beziehen sich hingegen auf die beiden letztgenannten Teilbereiche, also die berufsfachliche sowie die qualifizierungsbezogene Kommunikation. Bei beiden liegt der Fokus auf einer Berufs(-fach)-sprache, die dazu dient, Herausforderungen in der Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu meistern.

Es herrscht allerdings in der Literatur keine klare Begriffsabgrenzung, wenn es um berufsbezogene Sprachförderung geht. So kann es zum einen um eine allgemeine Sprachförderung gehen, die den Einstieg ins Arbeitsleben erleichtert, zum anderen um die Beherrschung der Berufssprache. Bei der Berufssprache wiederum kann es lediglich um die Beherrschung der berufsbezogenen Fachsprache gehen, oder es kann darüber hinaus darum gehen, in verschiedenen beruflichen Handlungssituationen Sprache - und nicht nur Fachsprache - richtig einzusetzen. Genau genommen gibt es keine klare Trennung zwischen Alltagssprache und Fachsprache, sie überschneiden einander, denn bei der Berufssprache werden beide Anteile in unterschiedlichem Ausmaß —je nach beruflicher Situation - verwendet. Für die Konstruktion von Lehrgangsprogrammen mit integrierter Sprachförderung für ausländische Pflegekräfte ist daher nicht die Lexik konstitutives Element, sondern die berufliche Sprachhandlung.

### 6.2.1 Berufsfachliche Kommunikation

Die berufsfachliche Kommunikation findet in beruflichen Handlungssituationen statt und erfüllt damit ihren Zweck zur Bewältigung alltäglicher beruflicher Situationen, in denen gesprochen wird.

Bei der pflegeberuflichen Kommunikation lassen sich prinzipiell zwei Gruppen von Gesprächspartnern ausmachen: Die erste Gruppe besteht aus Patienten<sup>14</sup> und deren Angehörigen, die zweite Gruppe bilden die intra- und interdisziplinären Teamkollegen. Bei der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen kann man wiederum grundsätzlich zwei Kommunikationssituationen unterscheiden: zum einen das informelle Gespräch, das z.B. pflegerische Handlungen begleitet, und zum anderen die Kommunikation, die als formelles Gespräch an sich eine pflegerische Handlung darstellt. Bei der beruflichen Kommunikation mit Fachkollegen handelt es sich einerseits um den inter- und andererseits um den intradisziplinären Informationsaustausch. Hier soll die schriftliche, fernmündliche und verbale Kommunikation berücksichtigt werden, die in formalisierten Arbeitsprozessen stattfindet. Weniger geht es hier um informelle Alltagsgespräche unter Kollegen (Small Talk), die sicherlich der Integration ins Team dienen, aber nicht der eigentlichen beruflichen Kommunikation hinzugerechnet werden können.

#### 6.2.1.1 Führen eines informellen Gesprächs mit Patienten

Die Kompetenz zum Führen eines informellen Gesprächs und zu einer angemessenen verrichtungsbegleitenden Kommunikation wird von allen Pflegenden erwartet. Die Pflegekraft vermittelt Informationen, gibt Instruktionen, motiviert, erklärt, beruhigt oder lenkt den Pflegeempfänger von unangenehmen Zuständen ab. Ein informelles Gespräch und eine verrichtungsbegleitende Kommunikation bedienen sich i.d.R. einer Allgemeinsprache, es kann auch Small Talk sein, und setzt soziale Fähigkeiten und eine zugewandte, empathische Grundhaltung voraus. Auch wenn

---

<sup>14</sup>Mit Patienten und Bewohnern sind in dieser Arbeit Pflegeempfänger gemeint. Es wird hier nicht unterschieden in die in letzter Zeit zunehmenden Bezeichnungen „Kunde“, „Gast“ oder „Klient“, die zwar alle aus einer bestimmten Philosophie bzw. aus einem bestimmten Kontext heraus entstanden, in dieser Arbeit aber nicht zielführend sind.

es um vermeintlich einfache Sprachhandlungen geht, werden Gesprächstechniken, wie z.B. Paraphrasieren oder Verbalisieren, angewandt. Die sprachliche Herausforderung besteht darin, sich auf die Sprachebene des Gesprächspartners einzulassen und ggf. veraltete Begriffe oder Dialekte zu verstehen und anzuwenden. Pflegekräfte

„müssen die Standardvarietät(en) des Deutschen und - zumindest rezeptiv (d.h. Verstehen und nicht unbedingt produzieren können) - die jeweilige Umgangssprache (auch Alltagssprache) sowie regional typische Dialekte, Soziolekte und auch Idiolekte (insbesondere bei PatientInnen mit sprachlichen Einschränkungen) beherrschen, um die PatientInnen verstehen und sich auf sie einlassen zu können, d.h. Ihre Bedürfnisse erkennen und adressatenadäquat mit ihnen kommunizieren zu können“

(HAIDER 2010, S. 200).

Mit dem hier angesprochenen Idiolekt ist die individuelle Eigensprache eines Menschen gemeint. „Es ist die individuelle Einzigartigkeit, die über Mimik, Körperhaltung, Bewegung, Gestik und Tonfall, also nonverbal, in Erscheinung tritt. Ebenfalls sind es die einzigartigen verbalen Formulierungen, die ein Mensch in seinem oft unbewussten Sprachrepertoire hat“ (OLBRICH 2006, S. 15), einschließlich Grammatik und Phonetik. Das damit verbundene Konzept der Idiolektik ist eine Gesprächsmethode, die den Gesprächspartner in seiner Einzigkeit wahrnimmt und akzeptiert. Dabei respektiert der Fragende die Autonomie des anderen, er geht sowohl auf die Inhalte als auch auf die paraverbalen Aspekte des Gesagten ein und passt die eigene Art zu sprechen dem individuellen Ausdruck des anderen an (vgl. POIMANN 2008). Diese Art der Gesprächsführung erweitert somit das Konzept der Nicht-direktiven Beratung nach C. ROGERS<sup>15</sup> um den Aspekt der individuellen Ausformung des Gesagten, das von Sozialisation und Situation abhängig ist. Dieses Eingehen auf den anderen schafft die Nähe, die für eine pflegerische Beziehung grundlegend ist:

„So wie der Dialekt im Gegensatz zur Hochsprache es Menschen ermöglicht, gemeinsam schneller eine gute vertrauensvolle Gesprächsbasis zu finden, erlaubt es der Idiolekt, noch rascher ungezwungen miteinander ins themenbezogene Gespräch und Plaudern zu gelangen“

(POIMANN 2008).

---

<sup>15</sup> Die Nicht-direktive Beratung nach C. Rogers (Boston 1942 / München 1972) bildet die Grundlage für die meist in der Pflegeausbildung vermittelten Gesprächstechniken und Grundhaltungen.

Damit ist die informelle Gesprächsführung mitnichten unprofessionell, obwohl sie sowohl von Pflegehilfs- als auch von –fachkräften gleichermaßen beherrscht werden sollte. Sie dient einer kontinuierlichen Beziehungspflege während des gesamten Pflegeprozesses zwischen Pflegekraft und zu pflegender Person.

#### 6.2.1.2 Führen eines formellen Gesprächs mit Patienten

Die Kommunikation mit Patienten als eigenständige pflegerische Handlung gestaltet sich als Aufnahme-, Beratungs- oder Anleitungsgespräch oder als Orientierung gebende oder personenzentrierte Gesprächsführung, wie z.B. Validation nach N. FEIL und N. RICHARD<sup>16</sup> oder positive Interaktion nach T. KITWOOD<sup>17</sup>. Neben den allgemeinen Regeln zur Grundhaltung und Gesprächsführung wird hier von Pflegekräften erwartet, dass sie sowohl fachlich sicher sind als auch von Theorien und Modellen zu Gesprächsführung, Anleitung und Beratung Gebrauch machen können. Sie müssen darüber hinaus über pädagogische Kompetenzen verfügen und dazu in der Lage sein, einem Laien einen mitunter schwierigen Sachverhalt darzulegen, um zu einem gemeinsam vereinbarten Ziel zu gelangen. Die sprachlichen Herausforderungen bestehen darin, adressatengerecht zu formulieren, also neben der verständlichen Aussprache auch das passende Vokabular einzusetzen und die Sätze so zu gestalten, dass sie für den anderen nachvollziehbar bleiben. Die Verwendung von Fachwörtern sollte vermieden oder diese müssen ggf. erläutert werden; die Fragen und Antworten des Gesprächspartners müssen verstanden und ggf. dokumentiert werden können. Auf Nachfragen müssen die Pflegekräfte adäquat reagieren, sie müssen schriftliches Informationsmaterial angemessen einsetzen und bei Anleitungen das Demonstrieren sprachlich begleiten können.

Das Verstehen und Interpretieren von Äußerungen der Patienten ist die andere Seite der Sprachkompetenz. Hierbei haben wir es oft mit einer kulturell geprägten und metaphorischen Sprache zu tun, also mit Wendungen, die nicht unbedingt

---

<sup>16</sup> Validation nach N. Feil bzw. N. Richard ist i.d.R. Bestandteil der Altenpflegeausbildung wenn es darum geht, mit dementen Menschen angemessen kommunizieren zu lernen.

<sup>17</sup> Der Personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood findet in den letzten Jahren zunehmend Eingang in die Altenpflegeausbildung. Kitwood deckte „maligne, bösartige Sozialpsychologie“ im Umgang mit dementen Menschen auf und entwickelte bezugnehmend auf C. Rogers eine Form der Interaktion zur positiven Beziehungsgestaltung.



wörtlich zu nehmen sind. KÜTEMEYER spricht hier von der „Doppelbotschaft der Körperklagen“ (KÜTEMEYER 2006, S. 120), dabei werden mit Metaphern Empfindungen und psychische Befindlichkeiten zum Ausdruck gebracht.

#### 6.2.1.3 Intra- und interdisziplinäre Kommunikation

Die Kommunikation im Team und interdisziplinär erfolgt formell als Anleitung, Pflegevisite, Übergabegespräch oder Fallbesprechung und schriftlich als Verordnung, Pflegestandard, Gutachten, Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Das auf die Versorgung von Patienten bezogene Sprachhandeln unterliegt klaren Regeln, und es überwiegt der fachsprachliche Anteil.

Die Pflegefachsprache setzt sich aus dem Fachwortschatz der Naturwissenschaft und Medizin sowie aus dem sozialwissenschaftlichen Wortschatz zusammen (vgl. OERTLE-BÜRKI 1997). Bei diesen Worten handelt es sich um „eigenständige, spezifische Lexeme, die in der Allgemeinsprache nicht vorkommen. Sie haben den Zweck, spezielle Aspekte der fachlichen Wirklichkeit ausdifferenzieren und bezeichnen zu können“ (BRÜNNER 1997, S. 39). Dazu gehören muttersprachliche, englische sowie altgriechische und lateinische Begriffe. Es gibt aber auch Wendungen, die keiner sozial- oder naturwissenschaftlichen Disziplin zuzuordnen sind. Hierzu zählen beispielsweise die Wörter, die mit dem Begriff „Pflege“ kombiniert sind (z.B. *Grundpflege*, *Pflegeplanung*) oder allgemeinsprachliche Wörter, die im Pflegekontext eine neue Bedeutung erlangen.

Die Konzeptentwicklung in der Pflege im Rahmen von Pflege-theorien definiert u.a. Wörter aus dem deutschen Wortschatz und macht sie zu Pflegefachwörtern. Zu nennen wären hier beispielsweise die Begriffe *Bettlägerigkeit* oder *Körperbild*, die von ANGELIKA ZEGELIN<sup>18</sup> umfassend bearbeitet wurden oder andere Pflegekonzepte, die in den gleichnamigen Büchern von SILVIA KÄPPELI<sup>19</sup> beschrieben sind.

---

<sup>18</sup> Angelika Abt-Zegelin untersucht in ihrer Dissertation „Festgenagelt sein - der Prozess des Bettlägerigwerdens“ (2005) und in ihrer Übersetzung und Überarbeitung des Buches „Körperbild und Körperbildstörung“ von M. Salter (1998) die Phänomene Bettlägerigkeit und Körperbild in ihrer Bedeutung für die Pflege.

<sup>19</sup> In Bd. 1 (1997), Bd. 2 (1999) und Bd. 3 (2000) der Reihe „Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheiten und Umfeld“ beschreibt Silvia Käppeli mehr als 25 verschiedene Pflegekonzepte von „Angst“ bis „Verwirrung“, die im Pflegekontext verglichen mit ihrer Alltagssprachlichen Verwendung neu definiert werden.

Institutionen können ebenso Begriffe im Pflegekontext neu definieren, so dass sie Teil der pflegerischen Fachsprache werden. So begreift z.B. die Kurzzeitpflege ihre Pflegeempfänger als „Gäste“ oder die Ambulante Pflege als „Kunden“.

Es besteht nur ein fließender Übergang zwischen Fachsprache und Pflegejargon. Auch der Pflegejargon dient dem Zugehörigkeitsgefühl, und seine Beherrschung trägt wesentlich zur beruflichen Integration bei: „Jargon besitzt für die Gruppe nach innen soziale Bindungskraft, für Außenstehende ist er dagegen nicht ohne weiteres verstehbar“ (BRÜNNER 1997, S. 40). Er wird nur intradisziplinär angewendet und entsprechend verstanden. Zum Jargon zählen „informelle, manchmal scherzhaft-ironische Bezeichnungen [...], Verkürzungen und Auslassungen [und] „nichtexplizite Angaben“ (ebd.).

Nicht immer sind diese Begriffe aus dem Pflegejargon mit einer wünschenswerten pflegerischen Grundhaltung vereinbar und wirken nicht selten - zumindest auf Außenstehende - unprofessionell (vgl. BEUSE 2004). Für eine reflexive Bearbeitung des Pflegejargons im Rahmen von Pflegelehrgängen sei an dieser Stelle auf das „ABC der denk-würdigen Begriffe“ (SITZMANN & ZEGELIN 2006) verwiesen.

Pflegerische Fachsprache wird also im inter- und intradisziplinären Rahmen, vor allem aber in der schriftlichen Kommunikation verwendet. Bei der mündlichen Kommunikation, z.B. im Übergabegespräch oder bei einer Fallbesprechung, wird sowohl Alltags- als auch Fachsprache verwendet (vgl. BRÜNNER 1997, S. 38). Pflegejargon hingegen erfüllt nur seinen Zweck im intradisziplinären Diskurs. Bei der Verwendung von Fachsprache kommt es darauf an, möglichst knapp und präzise wesentliche Informationen aufzunehmen oder weiterzugeben. Fachsprache dient dazu, „sich mit FachkollegInnen kurz und eindeutig verständigen zu können“ (BARTHOLOMEYCIK 1997, S. 18). Ganz besonders gilt dies für die schriftliche Kommunikation, die zahlreiche Ver- und Abkürzungen enthält. Die Fachsprache ist aber auch ein Teil der beruflichen Identität, denn eine „entwickelte Fachsprache bringt mit sich, daß sie nur von solchen Leuten verstanden wird, die entsprechend ausgebildet sind“ (BARTHOLOMEYCIK 1997, S. 19).

Je nach Kommunikationssituation wird mehr oder weniger Fach- und Allgemeinsprache schriftlich oder mündlich verwendet. Abbildung 4 stellt die sprachlichen Anforderungen in diesem Zusammenhang vereinfacht dar.



**Abb. 4: Dimensionen beruflicher Kommunikation: Gesprächssituationen, Methoden und sprachliche Anforderungen**

## 6.2.2 Qualifizierungsbezogene Kommunikation

Bildungssprache hat nicht nur ihre Bedeutung für berufliches Handeln, sondern auch für die berufliche Qualifizierung (vgl. BETHSCHEIDER et al. 2010, S. 4). Je weiter sich ein Beruf entwickelt, desto mehr differenziert sich seine Fachsprache, und je weiter ein Berufsangehöriger sich qualifiziert und aufsteigt, desto mehr schriftsprachliche Kompetenzen benötigt er (vgl. GRÜNHAGE-MONETTI 2009, S. 50f.). Seit über hundert Jahren ist Pflege ein Beruf. Er unterscheidet sich von der „Tätigkeit“ Pflege in der Tatsache, dass ihm eine Qualifikation zugrunde liegt, die es dem Inhaber der Berufsurkunde erlaubt, pflegerische Tätigkeiten gegen Bezahlung auszuüben (vgl. HEFFELS 2007, S. 62). Der Berufsangehörige versichert der Gesellschaft per Qualifikation, seine pflegerische Tätigkeit auf einer fachlichen Basis zu vollziehen.

Seit der Etablierung der Pflegewissenschaft in Deutschland in den 1990-er Jahren befindet sich die Pflege auf ihrem Weg hin zu einer Profession und zeigt jetzt bereits Komponenten, die eine Profession vom Beruf und von anderen Professionen abgrenzt. Pflege emanzipiert sich zunehmend von ihrer ursprünglich zugrunde liegenden Disziplin Medizin und liefert Handlungs- und Erklärungswissen für einen gesellschaftlich relevanten Problembereich (vgl. MIEG, S. 343). Der Beruf Pflege wandelt sich von einer praktischen zu einer theoretischen Fundierung; Pflege-theorien definieren Konzepte, die ihre eigene Bedeutung aus dem pflegeprofessionellen Kontext heraus bekommen. Das Wissen, das dem Beruf zugrunde liegt, erzeugt sich zunehmend aus einer eigenen Wissenschaft, und auch in der Lehre geht es mehr um die Produktion von Wissensbeständen als die Rezeption derselben. Damit verbunden ist die Akademisierung der Pflege, die 2004 in Deutschland den ersten grundständigen Studiengang „Bachelor of Nursing“ (Ev. Hochschule Berlin) hervorgebracht hat.

Professionalisierung bringt hohe sprachliche Anforderungen mit sich und das Rezipieren (und ggf. Produzieren) von Bildungssprache erfordert eine besonders hohe Sprachkompetenz. Die Wissenschafts- oder Theoriesprache bildet die höchste Schicht der Fachsprache (vgl. BRÜNNER 1997, S. 38) und weist einige Besonderheiten auf. Es gibt auffällige Wortbildungsmuster, z.B. die Adjektivendung mit -bar, -los, -reich, -arm, -frei, -fest; lange Wortzusammensetzungen und solche mit Ziffern; Ver- und Abkürzungen; Nominalisierung von Verben und Adjektiven (vgl. BRÜNNER 1997, S. 39f), und es erscheint in wissenschaftlichen Texten oft ein komplizierterer Satzbau mit komprimiertem Inhalt.

Das Wissen an sich will organisiert sein und auf einer guten wissenschaftlichen Basis stehen. Es wird erwartet, dass sich Angehörige von Pflegeberufen stets fort- und weiterbilden. Hierfür ist es erforderlich, teilweise höchst abstrakte Fachtexte lesen, verstehen und umsetzen sowie einem Unterrichtsgeschehen folgen zu können.

Außerdem wird von einem professionellen Berufsangehörigen erwartet, eine mündliche Fachdiskussion auf hohem Niveau führen sowie selbstständig Sprachprodukte erzeugen zu können. Bildung und Qualifikation erfordern von den Teilnehmern,

„Fachvorträgen folgen, Notizen machen, auf Fragen der Unterrichtsperson reagieren und eigenständig Fragen formulieren [zu] können. Auf schriftlicher Ebene ist es erforderlich, sich mit Skripten, den OH-Folien bzw. Tafelanschriften, der eigenen Mitschrift sowie zusätzlicher Fachliteratur, die unter Umständen zur Klärung und Vertiefung von Themengebieten sowie zur Ausarbeitung der Prüfungsfragen, die in einigen Fächern zur Vorbereitung ausgegeben werden, eigenständig auseinanderzusetzen.“

(HAIDER 2010, S. 120)

Somit ist nicht nur das pflegerische Handeln an sich Ausgangspunkt für die Ableitung der sprachlichen Kompetenz, sondern auch die eigene Wissenserzeugung im selbstorganisierten Lernen.

### 6.3 Subjektives Sprachbedürfnis

Das subjektive Sprachbedürfnis der Pflegekräfte, die an einem Lehrgang teilnehmen, ergibt sich aus ihren jeweiligen Lernstrategien sowie ihren Vorkenntnissen, ihrer beruflichen Wirklichkeit, ihren Erfahrungen und Prioritäten (vgl. HAIDER 2010, S. 132). Diesem Bedürfnis liegt die Motivation zugrunde, sowohl berufliche als auch Prüfungssituationen erfolgreich meistern zu wollen. Vorweggenommenes oder tatsächliches Misslingen, eine gestörte Beziehung zu Patienten oder eine fachliche Abwertung führen zum individuellen Bedürfnis, die Deutschkenntnisse zu verbessern (vgl. HAIDER 2010, S. 252).

Das subjektive Sprachbedürfnis hat zwar ebenso wie der objektive Sprachbedarf einen Bezug zum beruflichen Handeln und zur beruflichen Qualifikation, ist aber nicht deckungsgleich mit ihm. Sprachbedarf und Sprachbedürfnis weichen beispielsweise dann voneinander ab, wenn sich die Teilnehmer einer Anpassungsmaßnahme auf eine Prüfung vorbereiten, die wenig mit der Sprachverwendung im beruflichen Handeln zu tun hat (vgl. HAIDER 2010, S. 132ff). Die Selbsteinschätzung der Teilnehmer kann auch von der Fremdeinschätzung durch Vorgesetzte oder Dozenten abweichen, so dass ein unterschiedlicher Sprachbedarf ausgemacht wird (vgl. FRIEBE 2006, S. 12).

Den Aussagen der von Haider interviewten Nostrifikantinnen<sup>20</sup> zufolge bestand ne-

---

<sup>20</sup> Nostrifikantinnen sind Pflegefachkräfte, die sich in dem österreichischen beruflichen Anerkennungsverfahren befinden.

ben dem Wunsch nach einer erfolgreichen Prüfung auch der Wunsch nach beruflicher Handlungsfähigkeit. Dazu gehörten das Erlernen des entsprechenden (Fach-)wortschatzes und das Verstehen von Dialekt zur Kommunikation mit Patienten und Kollegen sowie der Umgang mit Humor. Die Pflegenden wünschten sich konkret, die Sprache grammatisch und orthografisch richtig zu verwenden und in der mündlichen Kommunikation sicherer auftreten zu können (vgl. HAIDER 2010, S. 252f). Auch die Fortbildungsteilnehmer des Projekts MigA vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung hatten das Bedürfnis nach einer Verbesserung ihrer schriftlichen Fähigkeiten; weniger Bedarf äußerten sie hingegen an Fachsprache (vgl. FRIEBE 2006, S. 12).

Die unterschiedlichen Sprachbedürfnisse können mit der jeweiligen Qualifikation und dem damit verbundenen beruflichen Handlungsfeld erklärt werden. Während die Nostrifikantinnen Anwärterinnen für den Pflegefachberuf sind, handelt es sich bei der Klientel für die Bildungsmaßnahme des DIE um Pflegehilfskräfte. Das Sprachenlernen ist für die Teilnehmerinnen an Pflegelehrgängen also unmittelbar an ihre beruflichen und qualifikationsbezogenen Herausforderungen zweckgebunden. Eine Veränderung der beruflichen Aufgaben würde somit auch ein verändertes Sprachbedürfnis hervorbringen.

#### 6.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der objektive Sprachbedarf und das subjektive Sprachbedürfnis Pflegender werden aus unterschiedlichen Perspektiven der Akteure in der Pflege formuliert. Beides bildet als intersubjektives Spracherfordernis eine Kompetenz, die in Pflegelehrgängen mit integrierter Sprachförderung erworben werden soll. Berufliche Handlungssituationen und das damit verbundene Sprachhandeln sind somit konstituierende Elemente für die Pflegelehrgangsgestaltung für ausländische Pflegekräfte. Im beruflichen Handeln wird Berufssprache eingesetzt. Diese setzt sich aus den drei Teilen Alltagssprache, Fachsprache und Pflegejargon zusammen, wobei die Trennlinie dieser drei Kategorien unscharf verläuft. Die sprachlichen Herausforderungen in den verschiedenen Kommunikationssituationen bestehen darin, sich situationsangemessen mündlich und schriftlich auszudrücken.

Es wurde ausgeführt, welche sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen in

Lehrgängen für ausländische Pflegekräfte erreicht werden sollen. Hieraus ergeben sich die Prinzipien zur Lehrgangskonstruktion, die im folgenden Kapitel dargelegt werden.

## 7 Didaktische Prinzipien zur Lehrgangskonstruktion

Sprachkompetenz wird nicht nebenbei im Alltag oder im Fachunterricht erworben. Auch kann man nicht erwarten, „dass die fehlenden berufsspezifischen Sprachkenntnisse und auch das Wissen über professionelle Gesprächsführung automatisch in der Praxis erworben werden“ (HAIDER 2010, S. 273). Damit Sprachkompetenz nicht ein zufälliges und mangelhaftes Nebenprodukt der fachlichen Ausbildung wird, bedarf es einer bewussten Einplanung von sprachlichen Inhalten und Zielstellungen in die fachlichen Lerneinheiten.

Pflegelehrgänge qualifizieren zur Ausübung einer Beschäftigung in der Pflege. Sie können sowohl für die Aus- als auch die Fort- oder Weiterbildung konzipiert sein. Handlungs- und Teilnehmerorientierung bilden die Bezugspunkte in den Lerneinheiten, also auf der einen Seite die berufliche Handlung und das damit verbundene Sprachhandeln und auf der anderen Seite das subjektive Sprachlernbedürfnis der Teilnehmer zur Bewältigung beruflicher Herausforderungen. Es bietet sich daher eine modularisierte Struktur an. Da in den verschiedenen Handlungssituationen, die das zentrale Thema der Module bilden, Menschen verschiedener Kulturen miteinander agieren, sollten die Module neben der fachlichen und sprachlichen auch die interkulturelle Kompetenz mit ausweisen.

## 7.1 Handlungsorientierung und Teilnehmerorientierung

Grundsätzlich sind für die Lehrgangsgestaltung die Prinzipien der Berufsbildung, Handlungsorientierung und Teilnehmerorientierung, wegweisend. Ein situationsorientiertes Curriculum weist entsprechend objektive und subjektive Bedingungen auf: Während die berufliche Handlungssituation im Zentrum steht, gehören zu den objektiven Bedingungen Aspekte des Berufsfelds, des Arbeitsplatzes und der Tätigkeit, zu den subjektiven Bedingungen zählen die kognitiven Bedingungen, die Lebenswelt und Sozialisation sowie die Problemwahrnehmung der Lehrgangsteilnehmer (vgl. ERTL-SCHMUCK & GREB 2013, S. 18).

Die Handlungsorientierung erfordert eine berufliche Handlungssituation als Ausgangspunkt für die Gestaltung von Lerneinheiten. Im Sinne der Sprachförderung geht es hier darum, das für die Situation erforderliche Sprachhandeln hinsichtlich des Berufsfelds, des Arbeitsplatzes und der Tätigkeit herauszustellen und die entsprechenden Sprachkompetenzen auszuweisen.

Hinsichtlich der Sprachförderung konzentriert sich die Teilnehmerorientierung auf die individuellen Sprachlernbedürfnisse der Teilnehmer. Die Bedingungen hierfür bilden die kognitiven Voraussetzungen, die Sozialisation und die Lebenswelt der Teilnehmer. Die Bedürfnisse sind offenbar vom Wunsch nach beruflicher (struktureller, kultureller, sozialer und identifikativer) Integration motiviert. Zur Teilnehmerorientierung gehört außerdem die Offenlegung individueller Deutungen von beruflichen Handlungssituationen, um die interkulturelle Kompetenz zu fördern. Voraussetzung hierfür ist die Fähigkeit zur Problemwahrnehmung und -verbalisierung.

In Anlehnung an HAIDERS „Plädoyer für ein umfassendes Sprachförderkonzept für Pflegepersonal mit Migrationshintergrund“ (HAIDER 2010, S. 279) werden im Folgenden die Konstruktionselemente einer Pflegelehrgangsgestaltung mit integrierter Sprachförderung vor dem Hintergrund der Teilnehmer- und Handlungsorientierung dargelegt.



## 7.2 Modulstruktur

Das konstituierende Element für einen Pflegelehrgang mit integrierter Sprachförderung ist nicht allein die (Fach-)Sprache, sondern das gesamte sprachliche Handeln in beruflichen Situationen. Module sind in sich abgeschlossene Lehr-Lerneinheiten, die einen inhaltlichen Schwerpunkt aufweisen. Sie können den sich verändernden beruflichen Anforderungen flexibel angepasst werden, dienen der Persönlichkeitsbildung und „weisen einen Subjektbezug auf“ (KNIGGE-DEMAHL & HUNDENBORN 2011, S. 8). In der beruflichen Bildung sind sie „auf den Erwerb beruflicher Handlungskompetenz ausgerichtet“ (ebd.). Mit ihrer Fokussierung auf berufliche Handlungssituationen bilden Module eine ideale strukturelle Voraussetzung für die Integration berufssprachlicher Kompetenz. Aus sprachwissenschaftlicher Perspektive würde die Sprachkompetenz, also beispielsweise das Lesen und Verstehen von Fachtexten oder das Schreiben einer Pflegedokumentation, den Schwerpunkt eines Lehrgangsmoduls bilden (vgl. HAIDER 2010, S. 281). Aus Pflegepädagogischer Sicht ist dieser Ansatz hingegen nicht zielführend, denn es steht zu befürchten, dass in einem solchen Lehrgang fachliche Inhalte unvollständig oder nebensächlich werden. Entsprechende Lehrmaterialien und Curricula für Berufsdeutsch weisen genau diese fachlichen Lücken auf, weil sie zwar Handlungssituationen in den Mittelpunkt stellen, diese aber in erster Linie nach ihrem überwiegenden Sprachanteil auswählen. Handlungssituationen mit geringem sprachlichen Anteil bleiben dabei unberücksichtigt. Aus berufspädagogischer Sicht ist es im Gegensatz zu herkömmlichen Sprachkursen daher sinnvoll, die berufliche Handlungssituation voranzustellen und das hierfür erforderliche Sprachhandeln zu ermitteln.

## 7.3 Förderung interkultureller Kompetenz

Die Förderung interkultureller Kompetenz spielt in Pflegelehrgängen für ausländische Pflegekräfte eine wesentliche Rolle. Interkulturelle Kompetenz ist die Voraussetzung für eine angemessene Handlungsfähigkeit in Situationen, in denen Menschen verschiedener Kulturen zusammentreffen. Wie in Kap. 5.2 dargelegt, umfasst diese Kompetenz die Bereiche

- Wissen um kulturelle Eigenheiten der Interaktionspartner
- Sensibilität für und Deutung von kulturellen Überschneidungssituationen (vgl. JANA 2004, S. 53)
- Reflexion des „Eigenen“ und des „Fremden“
- Zusammenführen der eigenen und fremden kulturellen Eigenheiten zum Zweck des gemeinsamen Handelns

Für die Ausbildung interkultureller Kompetenz ist es daher sinnvoll, den Raum in Lehrgängen dafür zu nutzen, Deutungsmuster der Teilnehmer offenzulegen und zu reflektieren. „Als Deutungsmuster werden die mehr oder weniger zeitstabilen und in gewisser Weise stereotypen Sichtweisen und Interpretationen von Mitgliedern einer sozialen Gruppe bezeichnet, die diese zu ihren alltäglichen Handlungs- und Interaktionsbereichen lebensgeschichtlich entwickelt haben“ (ARNOLD 1991, S. 55). Die subjektiven Deutungen von Situationen bestimmen und rechtfertigen das Handeln (vgl. HUNDENBORN 2007, S. 43).

Der Lernort Schule bietet für die Offenlegung und Reflexion von Deutungsmustern einen angemessenen Rahmen, der in der Pflegepraxis aufgrund von laufenden Arbeitsprozessen eher nicht vorhanden ist. Unterschiedlichen Auffassungen, z.B. über berufliche Aufgaben und Reaktionen von Patienten, kann im Unterrichtsgeschehen Raum gegeben werden. Konkrete Falldarstellungen, an denen Pflegende beteiligt sind, eröffnen in diesem Sinne die Möglichkeit, eine subjektive Perspektive gegenüber einer Situation einzunehmen und darzulegen. Durch „Perspektivenübernahme und Perspektivenflexibilität“ wird es möglich, „das Erleben und Verarbeiten, die Situationsdeutungen der am Fallgeschehen Beteiligten zu verstehen“ (HUNDENBORN 2007, S. 96). Die in Kap. 5.2 dargelegten Fähigkeiten, die interkultureller Kompetenz zugrunde liegen, können zur Offenlegung und Reflexion von Deutungen herangezogen werden.

Für den sprachlichen Aspekt ist der Deutungsmusteransatz insofern interessant, als bestimmte Begriffe, die in Textbeispielen verwendet werden, von den Lehrgangsteilnehmern unterschiedlich konnotiert und damit bewertet werden. „Die Vielfalt von Deutungsmöglichkeiten ergibt sich aus der prinzipiellen Mehrdeutig-

keit von Begriffen, d.h. aus der Eigenart der Sprache, so dass sich [...] die Interpretation und Lesart eines Textes aus dem Zusammenspiel zwischen Leser, Text und Sprache ergibt“ (HUNDENBORN 2007, S. 107). Diese Konnotationen sind sozialisations- und kulturbedingt; sie begründen und erklären die Reaktionen des Rezipienten.

#### 7.4 Sprachliche Voraussetzungen

Gute allgemeine Deutschkenntnisse bilden die Basis dafür, einem Fachunterricht überhaupt folgen zu können. Die Erfahrungen mit dem in Kap. 3.3.4 beschriebenen Projekt haben gezeigt, dass es nahezu unmöglich ist, einen anspruchsvollen Fachunterricht mit Auszubildenden durchzuführen, deren allgemeine Sprachkompetenz lediglich elementar ist. Erst nach dem Erlangen der Stufe A2 des GER kann mit berufsbezogenem Deutsch begonnen werden, und auch dann sind die Inhalte fachlich noch nicht auf dem Niveau einer Berufsausbildung. Nach etwa zehn Monaten hatten alle Teilnehmer des Projekts zumindest das berufsbezogene Sprachkompetenzlevel B1 erreicht, und erst ab diesem Zeitpunkt war ein fachlich angemessener Unterricht möglich.

HAIDER empfiehlt für Anfänger den Besuch allgemeinsprachlicher Deutschkurse, „um ein breites sprachliches Fundament auf Niveau A2/B1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens“ (HAIDER 2010, S. 280) zu erwerben. Um dieses zu erreichen, müssen Prüfungen, z.B. am Goethe-Institut, zum Leseverstehen, zum Wortschatz und zur Grammatik sowie zum Schreiben und Sprechen absolviert werden. HAIDER fand bestätigt, dass Personen, die Deutsch im Rahmen von Schulunterricht oder Deutschkursen erworben haben, hinsichtlich des schnelleren und besseren Erwerbs berufssprachlicher Kenntnisse gegenüber denjenigen, die Deutsch im Alltag und in der Berufspraxis erworben haben, im Vorteil waren (vgl. HAIDER 2010, S. 280).

Auch wenn man durch eine veränderte Struktur der Ausbildung, z.B. das Voranstellen des Musikunterrichts zur Unterstützung der Phonetik oder eine bessere Verzahnung des Deutschunterrichts mit dem Fachunterricht, eine Erleichterung erzielen könnte, erscheint es empfehlenswert, für eine Berufsausbildung zumindest das allgemeine Sprachkompetenzniveau B1 als Voraussetzung zu verlangen.

#### 7.4.1 Intersubjektive Spracherfordernisse

Die Feststellung von Sprachbedarf und Sprachbedürfnissen ist die Voraussetzung zur Gestaltung von Lehrgängen für Pflegende. Die AWO hat zu Beginn ihres Projekts „Fachsprache Deutsch für die Altenpflege“ (siehe Kap. 4.2) eine umfassende Ermittlung von Sprachbedarf und Sprachbedürfnis vorgenommen. „Die Teilnehmerorientierung bedeutet dabei, dass subjektive, individuelle Lernbedürfnisse berücksichtigt und die Teilnehmenden an der Planung, Durchführung und Evaluation des Unterrichts beteiligt werden“ (BARIC-BÜDEL 2012, S. 420).

In langen Interviewreihen hat BARBARA HAIDER das Sprachbedürfnis von ausländischen Pflegekräften in Österreich ermittelt (siehe Kap. 6). Durch eine Sensibilisierung für ihre Sprachbedürfnisse hinsichtlich der Arbeitsplatzanforderungen können die Lehrgangsteilnehmer als „ExpertInnen‘ nicht nur für ihre persönlichen Sprachbedürfnisse, sondern für den jeweiligen Arbeitsplatz und die damit verbundenen kommunikativen Anforderungen auftreten“ (HAIDER 2010, S. 45).

Die Teilnehmerorientierung beschränkt sich damit nicht nur auf eine vorausgehende Sprachbedürfnisermittlung, sondern diese Ermittlung wird Teil des Unterrichtsprozesses selbst, „den die Lernenden aktiv und entdeckend mitgestalten“ (HAIDER 2010, S. 45). Eine enge Anbindung der Kursinhalte an praktische berufliche Erfahrungen der Teilnehmer mache es möglich, auf ihre aktuellen Probleme und Erfahrungen einzugehen (VGL. HAIDER 2010, S. 284).

FRIEBE (2006), GRÜNHAGE-MONETTI (2009) und HAIDER (2010) haben bei ihrer Sprachbedarfsermittlung feststellen können, dass es beim beruflichen Sprachhandeln weniger auf die Teilbereiche linguistischer Kompetenz ankommt, sondern darauf, die Sprache so anzuwenden, dass Kommunikation und Arbeitsabläufe funktionieren. Die Zielsetzung beim Sprachenlernen ist aus der Sicht von Kollegen und Vorgesetzten aufgabenorientiert und zweckrational.

Bei der Frage nach den didaktischen Prinzipien bewegt man sich zwischen der Sprachendidaktik einerseits und der beruflichen Fachdidaktik andererseits. Bei der Sprachendidaktik geht es um die linguistische Kompetenz, also das korrekte Anwenden von Sprache. Sie umfasst die vier Teilbereiche Grammatik, Semantik, Phonetik und Lexik (vgl. GRÜNHAGE-MONETTI 2009, S. 53). Weiterhin geht es um eine

Unterscheidung zwischen dem produktiven Anteil, Sprechen und Schreiben, und dem rezeptiven Anteil, Hören und Lesen. Kurse für Berufssprache sind herkömmlicherweise nach fremd- oder fachsprachendidaktischen Prinzipien konstruiert, das bedeutet, dass das berufliche Handlungsprinzip untergeordnet ist. Bei der klassischen Fachsprachenvermittlung konzentrierte man sich bislang „auf die funktionale Dimension von Fachsprachen, während das kommunikative Gesamtverhalten vernachlässigt wurde“ (HAIDER 2010, S. 17). Mit dieser Herangehensweise ist es zwar möglich, das erforderliche Sprachkompetenzniveau zu erreichen und damit den gesetzlichen Bestimmungen zu genügen, berücksichtigt man aber die in Kapitel 6 dargestellten sprachlichen Ebenen und verschiedenen Gesprächssettings sowie die interkulturelle Kompetenz, so kann eine Konzentration auf die Beherrschung der Fachsprache, bzw. auf die korrekte Anwendung der Fremdsprache nicht zielführend sein: „Die Vermittlung eines bestimmten Grundfachwortschatzes führt nicht zu einer größeren Handlungsfähigkeit im Beruf. Fachsprache in ‚Reinkultur‘ entspricht nicht der Realität des Arbeitsalltags“ (GRÜNHAGE-MONETTI 2009, S. 56).

#### 7.4.2 Sprachkompetenzbereiche

Entsprechend der Handlungssituation und der Interaktionspartner beziehen sich die zugehörigen Sprachkompetenzen auf die Produktion und Rezeption von mündlicher und schriftlicher Sprache. Darüber hinaus erfordert jede Interaktion eine situationsangemessene Sprache, also Fachsprache, Alltagssprache oder Jargon (siehe Kap. 6.2). Daher ist es für die Konstruktion der Module erforderlich, die berufliche Handlung als Ausgangssituation heranzuziehen. Je nach zentraler Handlungskompetenz eines Moduls kann mit Hilfe einer Matrix ermittelt werden, welche sprachlichen Kompetenzen zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben erforderlich sind. Tabelle 2 gibt hierfür Beispiele, die entsprechend der beruflichen Handlungssituation ergänzt und konkretisiert werden müssen.

Handlungssituation				
Sprachkompetenzbereich	Interaktionspartner			
	Patient / Angehöriger	Intradisziplinärer Interaktionspartner (Team)	Interdisziplinärer Interaktionspartner (angrenzende Berufe)	Andere (Verwaltung, Küche, Haustechnik,...)
Mündlich, rezeptiv (Hörverstehen)	z.B. Aussagen und Angaben von Patienten und Angehörigen verstehen können, einschl. Idiolekt.	z.B. Pflegejargon verstehen können.	z.B. mündliche Anweisungen verstehen (und umsetzen) können.	z.B. telefonische Aussagen verstehen können.
Mündlich, produktiv (Sprechen, Wortwahl, Phonetik)	z.B. Informelle Gespräche führen, Pflegehandeln verbal begleiten können und Patienten beraten können.	z.B. Übergaben und Fallbesprechungen führen können. Auszubildenden Pflegehandlungen erklären können.	z.B. Aussagen zum Zustand eines Patienten machen, für bestimmte Therapien argumentieren können.	z.B. Patientenwünsche weitergeben können.
Schriftlich, rezeptiv (Leseverstehen)	z.B. Biografische Aufzeichnungen von Angehörigen lesen können.	z.B. Pflegedokumentation lesen und verstehen können, Verfahrensweisungen und Standards lesen (und umsetzen) können.	z.B. Verordnungen lesen (und umsetzen) können.	z.B. Reinigungs- oder Küchenpläne lesen und verstehen können.
Schriftlich, produktiv (Schreiben, Wortwahl)	z.B. Kurznotizen an Patienten oder Angehörige verfassen können.	z.B. einen Pflegebericht, eine Biografie schreiben können, Formblätter ausfüllen können.	z.B. schriftliche Informationen über den Zustand eines Patienten geben können.	z.B. Apothekenanforderung ausführen können.

**Tabelle 2: Sprachkompetenzbereiche in der Pflege**

### 7.4.3 Sprachkompetenzstufen

Auf der Grundlage von Sprachkenntnisbeschreibungen des GER hat der Testanbieter „TELC-GmbH“, der als Partner der Bundesregierung Sprachprüfungen zum Abschluss von Integrationskursen abnimmt, pflegeberufsbezogene Sprachkenntnisse auf den Stufen B1 und B2 des GER formuliert. Unter dem Titel „Gemeinsamer Eu-

europäischer Referenzrahmen für Sprachen: Was können Pflegekräfte auf den Kompetenzstufen B1 und B2?“ sind verschiedene Sprachhandlungen in der Pflege den Bereichen Sprechen, Hören, Schreiben und Lesen tabellarisch zugeordnet (THE EUROPEAN LANGUAGE CERTIFICATES O.J.). Diese Tabelle gibt zunächst einen Überblick über alle Sprachhandlungen, die unmittelbar mit dem Pflegehandeln verbunden sind. Dabei werden die wesentlichen in Kap. 6.2.1 dargelegten Aspekte des Sprachhandelns in der Pflege berücksichtigt. Was aus sprachwissenschaftlicher Sicht in Ordnung erscheint, ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht allerdings noch ergänzungsbedürftig. Qualifizierungsbezogene Kommunikation (Kap. 6.2.2), Alltagssprache und Small Talk sowie die Anteile Idiolekt und Pflegejargon finden in der Tabelle keine Berücksichtigung.

Um bei den Pflegesprachkompetenzstufen auch die Facetten darzustellen, die nicht berücksichtigt wurden, soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, die Sprachkompetenz in den Rahmen von Pflegekompetenz zu stellen. Hierfür wird das Pflegekompetenzmodell von CHRISTA OLBRICH (2009) zugrunde gelegt.

OLBRICH hat Mitte der 1990-er Jahre für ihre Dissertation damit begonnen, durch Interviews und Situationsbeschreibungen Pflegekompetenz darzulegen und diese in Form eines Stufenmodells darzustellen (vgl. OLBRICH 2009, S. 63ff.). Sie unterscheidet vier Pflegekompetenzstufen und ordnet diese in den Zusammenhang mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) ein. Des Weiteren vereint OLBRICH in ihrem Stufenmodell die Pflegekompetenzen mit den Handlungsdimensionen der Pflege, den Lehr-Lernebenen sowie den Lehr-Lernanforderungen (vgl. OLBRICH 2009, S. 72ff.). Die Tabellen 4-6 basieren auf diesen von OLBRICH beschriebenen Stufen und fügt ihnen analog der Sprachkompetenzniveaus B1 bis C1 des GER die entsprechenden pflegeberufsbezogenen Sprachkompetenzen hinzu. Die von OLBRICH für jede Pflegekompetenzstufe ausgeführten Lernebenen (LE) und Lernanforderungen (LA) wurden hierfür nur insoweit übernommen, wie sie auf hierfür erforderliche Sprachkenntnisse direkt oder indirekt verweisen.

Bei dieser Zuordnung von Pflegekompetenzen zu entsprechenden Sprachkompetenzen, würde zum „Regelgeleiteten Handeln“ ein Sprachhandeln bei pflegerischen Routinetätigkeiten gehören. Für das „Situativ-beurteilende Handeln“ wäre ein Sprachhandeln in Arbeits- und Lernprozessen sowie in verschiedenen sozialen

Kontexten erforderlich. Schließlich benötigt man für das „Aktiv-ethische“ und das „Reflektierende Handeln“ ein Sprachhandeln zur Reflexion innerer und äußerer Prozesse sowie zur persönlichen Weiterentwicklung (siehe Tabelle 3).

<b>1. Pflegekompetenzstufe: Regelgeleitetes Handeln (Wissen haben)</b> <b>➔ Sprachhandeln bei pflegerischen Routinetätigkeiten</b>
Entspricht EQR Stufen 1-3: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeiten oder Lernen unter direkter Anleitung in einem vorstrukturierten Kontext (Stufe 1)</li> <li>• Arbeiten oder Lernen unter Anleitung mit einem gewissen Maß an Selbstständigkeit (Stufe 2)</li> <li>• Verantwortung für die Erledigung von Arbeits- oder Lernaufgaben übernehmen, bei der Lösung von Problemen das eigene Verhalten an die jeweiligen Umstände anpassen (Stufe 3)</li> </ul>
<b>2. Pflegekompetenzstufe: Situativ-beurteilendes Handeln (vertieft wahrnehmen)</b> <b>➔ Sprachhandeln in Arbeits- und Lernprozessen sowie in verschiedenen sozialen Kontexten</b>
Entspricht EQR Stufen 4-5: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstständiges Tätigwerden innerhalb der Handlungsparameter von Arbeits- oder Lernkontexten, die in der Regel bekannt sind [...], Beaufsichtigung der Routinearbeit anderer Personen, wobei eine gewisse Verantwortung für die Bewertung und Verbesserung der Arbeits- und Lernaktivitäten übernommen wird (Stufe 4)</li> <li>• Leiten und Beaufsichtigen in Arbeits- oder Lernkontexten, in denen nicht vorhersehbare Änderungen auftreten, Überprüfung und Entwicklung der eigenen Leistung und der Leistung anderer Personen (Stufe 5)</li> </ul>
<b>3. Pflegekompetenzstufe: Reflektierendes Handeln (bewerten, entscheiden)</b> <b>4. Pflegekompetenzstufe: Aktiv-ethisches Handeln (persönlich stark sein)</b> <b>➔ Sprachhandeln zur Reflexion innerer und äußerer Prozesse sowie zur persönlichen Weiterentwicklung</b>
Entspricht EQR Stufen ab 5: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitung komplexer fachlicher oder beruflicher Tätigkeiten oder Projekte und Übernahme von Entscheidungsverantwortung in nicht vorhersagbaren Arbeits- und Lernkontexten, Übernahme der Verantwortung für die berufliche Entwicklung von Einzelpersonen oder Gruppen (Stufe 6)</li> </ul>

**Tabelle 3: Zuordnung der Kompetenzstufen nach Olbrich zum EQR (vgl. Olbrich 2009, S. 72ff.)**



<b>Olbrich – Pflegekompetenz, Lernebenen (LE) und Lernanforderungen (LA)</b> (aus: Olbrich 2009, S. 72ff.)	<b>Pflegesprachkompetenz</b>	<b>GER</b> (aus: <a href="http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php">http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php</a> )
<p><b>Regelgeleitetes Handeln</b></p> <p>LE: Deklaratives Wissen</p> <p>LA: Wissen kognitiv erfassen können, für Anleitung und Beratung bereit sein, sich mit vorgegebenen Problemsituationen auseinandersetzen, bedingte Fähigkeit zum abstrakten Denken, über eigenes Lernen und Handeln nachdenken und es formulieren.</p>	<p><b>Sprachhandeln bei pflegerischen Routinetätigkeiten</b></p> <p>Pflegehandlungsbezogenen Wortschatz beherrschen,          Schriftliche / mündliche Anweisungen verstehen,          Routinemäßiges Pflegehandeln verbalisieren,          Pflege (vorstrukturiert) dokumentieren, Beobachtungen und Patientenvorstellung mündlich / schriftlich (vorstrukturiert) weitergeben,          Alltagsgespräche führen.</p>	<p><b>B1</b></p> <p>Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge aus Arbeit, Schule, Freizeit usw. geht. Kann die meisten Situationen bewältigen, denen man auf Reisen im Sprachgebiet begegnet.</p> <p>Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen und persönliche Interessengebiete äußern.</p> <p>Kann über Erfahrungen und Ereignisse berichten, Träume, Hoffnungen und Ziele beschreiben und zu Plänen und Ansichten kurze Begründungen oder Erklärungen geben.</p>

**Tabelle 4: Sprachkompetenzebene I in der Pflege**

<b>Olbrich – Pflegekompetenz, Lernebenen (LE) und Lernanforderungen (LA)</b> (aus: Olbrich 2009, S. 72ff.)	<b>Pflegesprachkompetenz</b>	<b>GER</b> (aus: <a href="http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php">http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php</a> )
<p><b>Situativ-beurteilendes Handeln</b></p> <p>LE: Konditionales Lernen (Bedingungen abwägen können), Verknüpfung von deklarativem und prozeduralem Wissen. Selbstständiges Beurteilen, Entscheiden. Situationsangemessenes Pflegehandeln in komplexen Situationen.</p> <p>LA: Komplexe Wissenszusammenhänge aufnehmen, verstehen, eigene Schlüsse ziehen, selbstreflexive Auseinandersetzung mit pflegeimmanenten Werten.</p>	<p><b>Sprachhandeln in Arbeits- und Lernprozessen sowie in verschiedenen sozialen Kontexten.</b></p> <p>Pflegefachwortschatz und Pflegejargon beherrschen,  Pflegehandeln begründet schriftlich und mündlich darlegen,  nicht-vorstrukturierte Pflegedokumentation verfassen,  Pflege schriftlich planen,  Fallbezogen (im Übergabegespräch oder in einer Fallbesprechung) diskutieren und argumentieren, den eigenen Standpunkt zur Behandlung und Betreuung mündlich darlegen,  Texte aus Pflegelehrbüchern verstehen, Pflegefachtexte lesen,  Ein strukturiertes Fachgespräch führen,  Ein formales Gespräch mit Patienten führen, Patienten / Auszubildende anleiten, Patienten beraten.</p>	<p><b>B2</b></p> <p>Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen.</p> <p>Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist.</p> <p>Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.</p>

**Tabelle 5: Sprachkompetenzebene II in der Pflege**

<b>Olbrich – Pflegekompetenz, Lernebenen (LE) und Lernanforderungen (LA)</b> (aus: Olbrich 2009, S. 72ff.)	<b>Pflegesprachkompetenz</b>	<b>GER</b> (aus: <a href="http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php">http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php</a> )
<p><b>Aktiv-ethisches Handeln</b></p> <p>LE: Identitätsförderndes Lernen, Persönlichkeitsentwicklung, von eigenen Wertvorstellungen geleitetes Handeln.</p> <p>LA: wertebasierte Reflexionsfähigkeit, Perspektivenübernahme, Verknüpfung von Theorie und Praxis.</p> <p><b>Reflektierendes Handeln</b></p> <p>LE: Reflektierendes Lernen, methodisches Gestalten des Lernprozesses.</p> <p>LA: Anwendung von theoretischen Modellen aus verschiedenen Bezugswissenschaften.</p>	<p><b>Sprachhandeln zur Reflexion innerer und äußerer Prozesse sowie zur persönlichen Weiterentwicklung</b></p> <p>Eigene Gefühle und Haltungen, Werte und Deutungen verbalisieren, Non-verbale Äußerungen eines anderen verbalisieren, Aus der Perspektive eines anderen heraus berichten.</p> <p>Pflegewissenschaftlichen Wortschatz beherrschen, Gesprächstechniken gezielt einsetzen, Gespräche nach einem theoretischen Modell planen und durchführen, Abstrakte Theorien lesen und verstehen, Pflegewissenschaftliche Texte lesen und verstehen.</p>	<p><b>C1</b></p> <p>Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen. Kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben oder in Ausbildung und Studium wirksam und flexibel gebrauchen. Kann sich klar, strukturiert und ausführlich zu komplexen Sachverhalten äußern und dabei verschiedene Mittel zur Textverknüpfung angemessen verwenden.</p>

**Tabelle 6: Sprachkompetenzebene III in der Pflege**

## 7.5 Beispielhafte Umsetzung

Will man die Sprachförderung in Pflegelehrgänge integrieren, so kann man entweder auf bereits vorhandene und bewährte Qualifikationsprogramme zurückgreifen und diese um die sprachlichen und interkulturellen Aspekte erweitern, oder man entwickelt neue Module. Da es im Rahmen dieser Arbeit um den Anteil der Sprachförderung in Pflegelehrgängen geht, wird hier davon ausgegangen, dass bereits Pflegecurricula existieren, die erforderliche fachliche Inhalte in ausreichendem Umfang darlegen. Ihnen sollen die sprachlichen Inhalte und Ziele hinzugefügt werden. Zur Veranschaulichung des Vorgehens wird hier ein bereits existierendes Modul aus der Altenpflegeausbildung ergänzt.

Dem nun folgenden Beispiel liegt das Modul „Ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchführen“ aus der Altenpflegeausbildung zugrunde. Es ist dem „Modulhandbuch für die dreijährige Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen“ (KNIGGE-DEMAL & HUNDENBORN 2011) entnommen. Dieses Modul wurde gewählt, da es nicht vordergründig um eine Sprachhandlung in der Pflege geht, aber dennoch deutlich wird, welche verschiedenen sprachlichen Fähigkeiten erforderlich sind, um die berufliche Handlung in ihrer Gesamtheit durchführen zu können.

Im ersten Schritt wird auf der Grundlage der ausgewiesenen Handlungskompetenz ermittelt, welche Interaktionspartner an der Pflegehandlung beteiligt sind. Es wird die Frage gestellt, wer mit wem worüber zu welchem Zweck in diesem Zusammenhang kommuniziert. Im nächsten Schritt wird ermittelt, welche Kommunikationsmedien genutzt werden und ob es sich um mündliche oder schriftliche Kommunikation handelt sowie ob es sich um die Produktion oder die Rezeption von Sprache handelt. In dem Beispielm modul können die in Tabelle 7 beschriebenen Sprachhandlungen identifiziert werden.

Das Kernelement eines Moduls ist die Darlegung der Handlungskompetenz (vgl. KNIGGE-DEMAL & HUNDENBORN 2011, S. 13). An dieser Stelle werden die Sprachkompetenzen sowie die interkulturellen Kompetenzen mit ausgewiesen. Entsprechend werden die sprachbezogenen Lernziele, die sich aus der beschriebenen Sprachkompetenz ergeben, dargelegt (siehe Tabelle 7).

## Modul PM 11: Ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchführen

### Handlungskompetenzen:

„Die Schülerinnen und Schüler führen unter Berücksichtigung rechtlich relevanter Regelungen ärztlich angeordnete diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch. Hierbei schätzen sie kritisch ihre eigenen Fähigkeiten ein und übernehmen nur solche Tätigkeiten, die sie sich aufgrund ihrer Qualifikation und Erfahrung zutrauen. Maßnahmen, für die sich nicht kompetent fühlen, lehnen sie begründet ab. Mit Materialien und Instrumenten gehen sie im Rahmen ihres Aufgabengebietes fachlich und hygienisch korrekt um. Unter Berücksichtigung ihrer Zuständigkeiten informieren sie die älteren Menschen über anstehende Maßnahmen, die damit verbundenen Prozeduren und möglichen Auswirkungen. Sie planen anstehende Prozeduren und Maßnahmen und führen diese unter Berücksichtigung der jeweiligen situativen und personengebundenen Besonderheiten durch. Sie haben die physische und psychische Sicherheit der Klientinnen und Klienten im Blick und schützen deren Privat- und Intimsphäre.“ (aus: KNIGGE-DEMAL & HUNDENBORN 2011, S. 140).

### Sprachkompetenz:

Die Teilnehmer beherrschen den auf die Maßnahmen bezogenen Fachwortschatz und verstehen ärztliche Anordnungen. Sie können ihr Handeln bei der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen verbalisieren. Sie verstehen und geben mündliche und schriftliche Handlungsanweisungen. Sie können diagnose- und therapiebezogene Sachverhalte dokumentieren und mündlich weitergeben. Sie können ihr Handeln begründen und über ärztlich veranlasste Maßnahmen diskutieren. Sie können hierzu Fachtexte aus Pflegelehrbüchern verstehen. Die Teilnehmer können Bewohner zu ärztlich angeordneten Maßnahmen anleiten und beraten. Sie können mit einem Bewohner ein Gespräch über die ärztlich veranlassten Maßnahmen führen.

### Interkulturelle Kompetenz:

Die Teilnehmer können die Aussagen, die ein Bewohner zu seinem Befinden und seiner körperlichen Integrität macht, im kulturellen Kontext deuten. Sie kennen die Mehrdeutigkeit von metaphorischen Begriffen, die das Befinden zum Ausdruck bringen. Sie akzeptieren die Haltung des Bewohners zu verschiedenen Heilmethoden. Die Teilnehmer kennen ihren beruflichen Handlungsspielraum im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie.

### Interaktionspartner

Bewohner	Teamkollegen	Ärzte	Anbieter v. Heil- und Hilfsmitteln
<p>Aussagen, die ein Bewohner zu seinem Befinden macht und verschiedene Wörter zur Beschreibung von Schmerzen und Ängsten verstehen. Nachfragen zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen beantworten.</p> <p>Bewohner hinsichtlich der Diagnostik und Therapie beraten und anleiten. Gezielte Fragen zum Befinden stellen. Nonverbale Äußerungen des Bewohners verbalisieren.</p>	<p>Fachbegriffe zur Beschreibung von physischen und psychischen Zuständen verwenden.</p> <p>Diagnose- und therapiebezogene Aussagen kennen.</p> <p>Den physischen und psychischen Zustand des Bewohners beschreiben.</p> <p>Diagnostisches und therapeutisches Handeln verbalisieren.</p> <p>Ärztlich veranlasste Maßnahmen an Teamkollegen delegieren.</p> <p>Pflegestandards zu den ärztlich verordneten Maßnahmen lesen.</p> <p>Pflegedokumentation lesen und verfassen.</p>	<p>Schriftliche und mündliche (auch telefonische) Anweisungen, Rezepte und Verordnungen lesen bzw. annehmen.</p> <p>Rückfragen zu den ärztlich veranlassten Maßnahmen stellen. Über eine ärztliche Anordnung diskutieren. Verbal verdeutlichen, ob und wie die delegierte Maßnahme übernommen wird oder argumentieren, warum sie nicht übernommen wird.</p> <p>Aufklärungsmaterial zu Diagnostik / Therapie lesen.</p>	<p>Therapeutika, Heil- und Hilfsmittel telefonisch bestellen.</p> <p>Beipackzettel von Therapeutika / Anleitungen von Hilfsmitteln lesen und verstehen können.</p>

**Tabelle 7: Ergänzungen des Moduls PM 11 aus der modularisierten Altenpflegeausbildung**

## 7.6 Empfehlungen zu Methoden und Lehrmaterialien

Zur Gestaltung des Lehr- Lernprozesses im Modul „Ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchführen“ wird empfohlen, gemeinsam mit den Teilnehmern mithilfe einer Übersicht, wer mit wem worüber und womit kommuniziert, zu ermitteln, welche Sprachbedürfnisse sie im Zusammenhang mit der Handlungssituation haben. Eventuelle berufliche Vorerfahrungen der Teilnehmer sind hierbei hilfreich, z.B. wenn es um die Verwendung von Pflegejargon geht. Der Lernort Schule bietet dabei den Raum, sich mit Pflegesprache und den entsprechenden Konnotationen auseinanderzusetzen.

Zur Förderung der beruflichen Integration erscheint es im Zusammenhang mit diesem Modul auch wichtig, mit den rechtlichen Bestimmungen zur Delegation auch die beruflichen Grenzen aufzuzeigen. Wegen der teilweise großen Unterschiede im beruflichen Selbstverständnis zwischen hiesigen und ausländischen Pflegekräften könnte es sonst zu problematischen Missverständnissen in der Praxis kommen.

Es können die verschiedenen mündlichen Interaktionen gut in Form von szenischem Spiel dargestellt werden. Dabei wird deutlich, dass Pflegekräfte je nach Gesprächssituation aus verschiedenen Rollen und mit unterschiedlichen Intentionen agieren. Hierfür können Beratungs- oder Übergabegespräche simuliert, gefilmt und ausgewertet werden. Zur Klärung unterschiedlicher Deutungen sollte den Teilnehmern genügend Raum gegeben werden, ihre eigene Haltung zu den von einem Patienten geäußerten Befindlichkeiten zu reflektieren. Hierbei spielen auch Metaphern und Sprichwörter in der deutschen Sprache eine entscheidende Rolle, um mit einem Patienten empathisch interagieren zu können (vgl. KÜTEMAYER 2006).

Das Telefonieren stellt für ausländische Pflegekräfte eine besonders große Herausforderung dar, weil nonverbale Kommunikation nicht unterstützend eingesetzt werden kann. Also könnte auch eine telefonische Bestellung von Heilmitteln in der Apotheke eine sinnvolle Übung sein.

Ein standardisiertes Pflegedokumentationssystem kann zum Üben des Schreibens und Leseverstehens ebenso wie die Datei „Beipackzettel lesen und verstehen“ ([www.alphabetisierung.de](http://www.alphabetisierung.de)) eingesetzt werden. Die folgenden TELC- Trainingseinheiten erschienen für das Modul „Ärztlich veranlasste Maßnahmen im

Pflegekontext eigenständig durchführen“ geeignet:

- Trainingseinheit 8: „Hilfsmittel“
- Trainingseinheit 19: „Medikamentengabe“
- Trainingseinheit 20: „Infusion und Transfusion“
- Trainingseinheit 11: „Anleitungsgespräch“
- Trainingseinheit 12: „Zusammenarbeit mit angrenzenden Berufsgruppen“

Da derzeit nur wenige Lehrbücher zur Förderung der deutschen Sprache in der Pflege existieren und diese sich meist an Pflegehilfskräfte richten, kann hierauf nur punktuell zurückgegriffen werden. Zu nennen wären hier die Titel

1. Ingrid Peikert: Deutsch für Pflegeberufe: Arbeitsbuch für MigrantInnen . Urban & Fischer, München 2012
2. Ulrike Firnhaber-Sensen, Margret Rodi: Deutsch im Krankenhaus. Lehr- und Arbeitsbuch: Berufssprache für Ärzte und Pflegekräfte. Langenscheidt, Berlin & München 2013
3. Ulrike Schrimpf, Sabine Becherer, Andrea Ott: Deutsch für Pflegekräfte: Kommunikationstraining für den Pflegealltag. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2011
4. Übungsmaterialien „telc Deutsch B1-B2 Pflege“ – 21 Trainingseinheiten, jeweils drei Trainingseinheiten pro Paket, bestehend aus Lehr- und Arbeitsbüchern sowie Audio-CDs ([www.telc.net](http://www.telc.net)).

HAIDER (2010) empfiehlt den Einsatz authentischer Materialien im Unterricht (vgl. HAIDER 2010, S. 280ff.). Bei den Hörbeispielen, die diesen Büchern zum Teil als CD beiliegen, handelt es sich leider nicht um authentische Gesprächssituationen, sondern um von professionellen Sprechern vorgelesene Texte. Daher bleibt es der Kreativität der Lehrenden überlassen, die empfohlenen Materialien durch eigene zu ergänzen.

## 8 Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit soll als Grundlage dafür dienen, Pflegelehrgänge mit integrierter Sprachförderung für ausländische Pflegekräfte konzipieren zu können.

Dafür wurden zunächst die Rahmenbedingungen ermittelt, also die Situation von Migranten in Pflegeberufen, und es wurde die Frage geklärt, welche Herausforderungen bezüglich der Integration von Migranten in der Pflege jetzt und in Zukunft existieren. Wie dargelegt werden konnte, gelangen durch die Erleichterung der Berufsanerkennung und durch Rekrutierungsprogramme zunehmend mehr Migranten in Pflegeberufe, wo sie dringend gebraucht werden. Daher besteht Handlungsbedarf hinsichtlich ihrer Qualifikation und Integration.

Des Weiteren konnte die Diskrepanz zwischen bestehenden und notwendigen Qualifikationsprogrammen und deren Unterschiedlichkeit aufgezeigt werden, wobei insbesondere auffiel, dass die bestehenden Probleme bei der Integration nur durch eine verbesserte Sprachförderung zu lösen sind. Bei der Ermittlung der sprachlichen Erfordernisse fällt einerseits die Vielfalt sprachlicher Anforderungen in der Pflege auf und andererseits der aus den verschiedenen Perspektiven formulierte unterschiedliche Anspruch an die Sprachkompetenz. Diese Ansprüche sind nicht deckungsgleich. HAIDER (2010) merkt kritisch an, dass die Sprachbedarfe, die aus der beruflichen Theorie und aus der beruflichen Praxis heraus formuliert werden, starke Diskrepanzen aufweisen. Während die berufliche Theorie aufgrund hoher Qualitätsansprüche optimale Pflege mit optimalem Kommunikationsverhalten einfordert, verlangt die berufliche Praxis reibungslose Arbeitsabläufe. Das führt dazu, dass die in der Lehre thematisierten qualitativ hochwertigen sprachlichen Handlungen, z.B. Anamnese- oder Beratungsgespräch, Personenzentrierte Gesprächsführung nach KITWOOD oder Validation nach FEIL oder RICHARD in der Praxis aufgrund von Zeitmangel und anderen strukturellen Mängeln zugunsten einer schnellen, gerade mal ausreichenden Pflege aufgegeben werden. Die von den ausländischen Pflegekräften gewünschte berufliche Integration, die Anerkennung im Team, erfolgt per Anpassung an die täglichen Anforderungen. Eine Pflegekraft, die sich damit aufhält, lange Gespräche mit Bewohnern oder Patienten zu führen, während die anderen die „eigentliche“ Arbeit erledigen, setzt ihre Anerkennung



im Team aufs Spiel.

Die subjektiven Sprachbedürfnisse der ausländischen Pflegekräfte spiegeln den Wunsch nach Integration und Anerkennung wider. Sie wollen sich schriftlich in Grammatik und Rechtschreibung verbessern, um fachlich nicht unterschätzt zu werden, und sie wünschen sich mehr mündliche Kompetenz in Dialekt, Idiolekt und Umgangssprache, um eine bessere Beziehung zu Patienten und Kollegen aufbauen zu können. Sie wollen außerdem souverän auf Humor oder mehrdeutige, möglicherweise sogar rassistische, Bemerkungen reagieren können. Neben dem Wunsch, ins Team integriert zu sein und die täglich anfallende Arbeit gut bewältigen zu können, besteht aber auch der Wunsch nach beruflichem Aufstieg, von dem sich die von HAIDER befragten Pflegekräfte eine Verringerung der physischen und psychischen Arbeitsbelastung erhoffen, der aber nur mit besseren Deutschkenntnissen zu erreichen ist (vgl. HAIDER S. 253f).

In dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, die beruflich erforderliche Sprachkompetenz aus pflegewissenschaftlicher Sicht zu ermitteln und sie der linguistischen Perspektive gegenüberzustellen. Ein Bildungsangebot für ausländische Pflegekräfte, das den Anspruch hat, fachlich und sprachlich die jeweiligen Bedarfe und Bedürfnisse zu berücksichtigen, müsste diese sehr verschiedenen und teilweise widersprüchlichen Anforderungen miteinander verbinden. Entsprechend würde sich das Angebot von Lehrgängen auf einem Grat zwischen beruflichem Anspruch und beruflicher Wirklichkeit bewegen. Besonders heikel erscheinen vor diesem Hintergrund Ansprüche, die möglicherweise eine Verschlechterung der Pflegequalität zur Folge haben. Die Bildungsangebote können nicht die (sprachliche) Basis für reibungslose Arbeitsabläufe liefern, wenn das auf Kosten der Pflegequalität und letztlich der Professionalität geschieht.

Mit der Verwendung der Pflegekompetenzstufen von OLBRICH und der Sprachkompetenzstufen des GER wurde hier versucht, die Vielschichtigkeit der Berufssprache der Pflege in Modulen von Bildungsangeboten darzulegen und damit die verschiedenen Ansprüche zu berücksichtigen. Die Empfehlungen zur Gestaltung von Modulen mit inhärenter Sprachförderung sind als ein solcher Versuch zu betrachten und müssen sich noch in der beruflichen Praxis bewähren.

Obwohl diese Arbeit auch für eine Curriculumentwicklung für die grundständige

Pflegeausbildung gedacht ist, so finden in erster Linie Weiterqualifikationsangebote Berücksichtigung. Sprachliche Nachhilfe für Auszubildende mit Migrationshintergrund, die mittlerweile an verschiedenen Ausbildungsstätten mit einem hohen Ausländeranteil der Schülerschaft angeboten wird, findet in der vorliegenden Arbeit keine Berücksichtigung. Hinsichtlich der Probleme ausländischer Auszubildender sei an dieser Stelle auf die Arbeit von CAROLIN PFROMMER verwiesen, die sich mit der Frage beschäftigt, welche Unterstützung Auszubildende mit Migrationshintergrund in der Krankenpflegeausbildung benötigen, um diese erfolgreich zu absolvieren.

Auch würde die Berücksichtigung der bereits 1996 von KARIN WITTNEBEN konstatierten These, die Sprache von (deutschen) Pflegenden würde verrohen und retardieren, den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Es beschreibt auch SANDRA WIESNER (2011) einen unreflektierten Sprachgebrauch von Pflegekräften und fordert einen sensibleren Umgang mit Sprache in der Pflege. Angesichts des heute nicht mehr vorhandenen Fachs „Sprache und Schrifttum“ in der Krankenpflegeausbildung scheint sich hier eine Lücke aufgetan zu haben, die es zu füllen gilt. Es wäre daher vorstellbar, grundsätzlich eine Sprachförderung in die Pflegeausbildung zu integrieren - auch für Auszubildende deutscher Herkunft.

Zwei Fachrichtungen, nämlich Pflege und Sprache, miteinander zu verbinden, bedeutet auch für die Lehrenden, sich auf beiden Gebieten auskennen zu müssen. Dies gilt auch angesichts einer wachsenden Zahl an ausländischen Schülern an Krankenpflegeschulen, die ihre Erstausbildung absolvieren. Eine entsprechende Qualifikation der Lehrenden ist also erforderlich. Hierfür wäre entweder eine enge Zusammenarbeit von Sprach- und Fachlehrern sinnvoll oder aber eine Zusatzqualifikation für Deutsch als Zweitsprache für Pflegepädagogen.

Die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse werden in die Überarbeitung des Curriculums für das im Kapitel 3.3.4 vorgestellte Projekt zur zweijährigen Altenpflegeausbildung von vietnamesischen Pflegefachkräften, das im Oktober 2015 mit neuen Kursen fortgesetzt wird, einfließen.

Es bleibt zu wünschen, dass diese Arbeit auch verwendet wird, um andere Programme für die Aus- und Weiterbildung in der Pflege zu entwickeln und bezüglich des Integrationserfolgs der Teilnehmer zu evaluieren.

## Literatur

**ABT-ZEGELIN, ANGELIKA; SCHNELL, MARTIN W. (HRSG.):**

Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover 2006

**AFENTAKIS, A., MAIER, T.:**

Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden 2014, S. 174-180.  
Internet: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/PflegekraefteAusland\\_32014.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/PflegekraefteAusland_32014.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf: 24.06.2015)

**AMMENDE, RAINER:**

Ausgleichsmaßnahmen. Pflegepolitik. Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Krankenpflege durchführen - Eine kritische Betrachtung. In: Die Schwester Der Pfleger 52. Jahrg. 11/13, S. 1100-1102

**AMMENDE, RAINER & STÖCKER, GERTRUD:**

Analyse, Empfehlungen und Standard zum Anerkennungsverfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit ausländischer Berufsabschlüsse in der Krankenpflege gem. §2 KrPflG. Unveröffentlichtes Skript für die Sitzung des Deutschen Bildungsrates am 03.11.2014. Berlin 2015

**ANGENENDT, STEFFEN:**

Die Steuerung der Arbeitsmigration in Deutschland. Reformbedarf und Handlungsmöglichkeiten. Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2008  
Internet: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/05705.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**ANGENENDT, STEFFEN; CLEMENS, MICHAEL; MERDA, MEIKO:**

Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften? Stiftung Wissenschaft und Politik: SWP-Aktuell 25, April 2014

**ARBEITERWOHLFAHRT (AWO):**

Anwerbung ausländischer Fachkräfte in der Pflege – Positionspapier der AWO. AWO Bundesverband e. V. September 2013.  
Internet: [http://www.awo-bundesakademie.org/fileadmin/user\\_upload/PDFs/TOP6\\_AWO\\_Positionspapier\\_Anwerbung\\_auslaendischer\\_Fachkraefte\\_September\\_2013.pdf](http://www.awo-bundesakademie.org/fileadmin/user_upload/PDFs/TOP6_AWO_Positionspapier_Anwerbung_auslaendischer_Fachkraefte_September_2013.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**ARBEITERWOHLFAHRT BUNDESVERBAND (HRSG.):**

FaDA – Fachsprache Deutsch in der Altenpflege. Handbuch für eine berufsbezogene Sprachförderung. AWO Bundesverband e. V.: Berlin 2014

**AREND, STEFAN:**

Bei der globalen Personalsuche kultursensibel vorgehen. In: *Altenheim* 08/2013, S. 20-23

**ARNOLD, ROLF:**

Deutungsmuster. In: Tietgens, Hans: *Didaktische Dimensionen der Erwachsenenbildung*. Pädagogische Arbeitsstätte des DVV: Frankfurt a.M. 1991, S. 53-77

**BARIC-BÜDEL, DRAGICA:**

AWO Projekt FaDA: Fachsprache Deutsch in der Altenpflege. Entwicklungsprozess einer bedarfsorientierten Sprachförderung am Arbeitsplatz. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*. Nr. 6 / 2012, S. 415-422

**BARTHOLOMEYCZIK, SABINE:**

Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege? In: Zegelin, Angelika (Hrsg.): *Sprache und Pflege*. Ullstein Mosby: Berlin, Wiesbaden 1997, S. 11-22

**BAYER, CHRISTIANE & WÖRLE, SANDRA:**

Bedingungsanalyse des Anerkennungsverfahrens qualifizierter Pflegefachpersonen mit ausländischem Berufsabschluss. Unveröffentlichter Auszug aus der Master's Thesis 2015

**BENEKER, HANNA & WICHTMANN, EVA:**

Grenzüberschreitende Dienstpläne: Weltpflegenotstand und Frauenbewegungen. Mabuse-Verlag: Frankfurt a.M. 1994

**BETHSCHEIDER, MONIKA; DIMPL, ULRIKE; OHM, UDO; VOGT, WOLFGANG:**

Positionspapier Weiterbildungsbegleitende Hilfen als zentraler Bestandteil adressatenorientierter beruflicher Weiterbildung. Zur Relevanz von Deutsch als Zweitsprache und Bildungssprache in der beruflichen Weiterbildung. Amt für multikulturelle Angelegenheiten der Stadt Frankfurt am Main 2010  
Internet: [http://www.bibb.de/dokumente/pdf/Positionspapier\\_WbH\\_2010.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/Positionspapier_WbH_2010.pdf)  
(Abruf: 24.06.2015)

**BEUSE, HOLGER:**

Pflegefachsprache. Eine Analyse der Entwicklung. In: *intensiv-Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie*, Nr. 9 2004, S. 151-158.  
Internet: [http://www.zwai.de/inhalt/diverses/pflegefachsprache\\_HolBeu.pdf](http://www.zwai.de/inhalt/diverses/pflegefachsprache_HolBeu.pdf)  
(Abruf: 24.06.2015)

**BRÜNNER, GISELA:**

Fachsprache, berufliche Kommunikation und Professionalisierung der Pflege. In: Zegelin, Angelika (Hrsg.): *Sprache und Pflege*. Ullstein Mosby: Berlin, Wiesbaden 1997, S. 37-47

**BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT:**

Der Arbeitsmarkt in Deutschland -Fachkräfteengpassanalyse-Juni 2014, Nürnberg, 2014a.

Internet: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2014-06.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT:**

Ausländische Pflegekräfte im Fokus der Arbeitsvermittlung. Presse Information vom 28.08.2014b

Internet: <http://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Detail/index.htm?dfContentId=L6019022DSTBAI684177> (Abruf: 24.06.2015)

**BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT:**

Positivliste - Zuwanderung in Ausbildungsberufe. Nürnberg 16.04.2015

Internet: [http://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mta4/~edisp/l6019022dstbai447048.pdf?\\_ba.sid=L6019022DSTBAI447051](http://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mta4/~edisp/l6019022dstbai447048.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI447051) (Abruf: 24.06.2015)

**BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (BAMF) (HRSG.):**

Berufsbezogene Deutschförderung. Das ESF-BAMF-Programm. Köln 2013

Internet: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/broschuere-esf-bamf-programm.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/broschuere-esf-bamf-programm.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf: 24.06.2015)

**BUNDESMINISTERIUM DES INNERN (HRSG.):**

Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung (Migrationsbericht 2013). Januar 2015

Internet: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf: 24.06.2015)

**BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES - REFERAT ÖFFENTLICHKEITSARBEIT:**

Fachkräftesicherung. Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung. 2011.

Internet: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/fachkraeftesicherung-ziele-massnahmen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/fachkraeftesicherung-ziele-massnahmen.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf: 24.06.2015)

**BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF):**

Bericht zum Anerkennungsgesetz 2014.

Internet: [http://www.bmbf.de/pub/bericht\\_anerkennungsgesetz\\_2014.pdf](http://www.bmbf.de/pub/bericht_anerkennungsgesetz_2014.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (HRSG.):**

Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung. Berlin 2005

Internet: [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/handbuch-einf\\_C3\\_BChrung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/handbuch-einf_C3_BChrung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE (BMWi) (HRSG.):**

Ausbildung junger Menschen aus Drittstaaten. Chancen zur Gewinnung künftiger Fachkräfte für die Pflegewirtschaft. Berlin 2014.

Internet: <http://www.giz.de/de/downloads/giz2014-de-ausbildung-pflegewirtschaft-drittstaaten.pf.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**CARLSEN, ULRIKE:**

Pflegekräfte aus dem Ausland anwerben? - Contra. In: Die Schwester Der Pfleger 52. Jahrg. 02/13, S. 131

**DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR ALTENPFLEGE:**

Stellungnahme zum Arbeitnehmerfreizügigkeitsgesetz. Juni 2011.

Internet: [http://www.dbva.de/docs/stellungnahmen/20110620\\_STN\\_Arbeitnehmerfreizuegigkeitsgesetz.pdf](http://www.dbva.de/docs/stellungnahmen/20110620_STN_Arbeitnehmerfreizuegigkeitsgesetz.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR KRANKENPFLEGE (DBfK) BUNDESVORSTAND:**

Stellungnahme des DBfK zur Anwerbung ausländischer Pflegefachpersonen. Dezember 2012.

Internet: <http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-zu-Anwerbung-auslaend-Pflegefachpers-2012-12-17.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR KRANKENPFLEGE (DBfK) BUNDESVORSTAND:**

Vorbereitung von angeworbenen Pflegefachpersonen. August 2014.

Internet: <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Vorbereitung-von-angeworbenen-Pflegefachpersonen-2014-08.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**DEUTSCHER BUNDESTAG DRUCKSACHE 17/14716:**

Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Niema Movassat, Annette Groth, Heike Hänsel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Abwerbung von Fachkräften aus den Ländern des Südens im Pflege- und Gesundheitsbereich. 06. 09. 2013

Internet: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/147/1714716.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT (GIZ ) GMBH (1):**

Triple Win. Verantwortliche Fachkräftesicherung.

Internet: <https://www.giz.de/de/downloads/giz2013-de-fachkraeftesicherung-triple-win.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT GMBH (GIZ ) (2):**

Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften.

Internet: <http://www.giz.de/de/weltweit/18715.html> (Abruf: 24.06.2015)

**DEUTSCHER PFLEGERAT E.V. (DPR):**

Im Fokus: Migration ausländischer Pflegefachpersonen. Berlin 2014

Internet: [http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/Fokuspapiere/focus-dpr\\_position\\_auslaendische-Pflegefachpersonen-140318.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/Fokuspapiere/focus-dpr_position_auslaendische-Pflegefachpersonen-140318.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**ERTL-SCHMUCK, ROSWITHA; GREB, ULRIKE (HRSG.):**

Pflegedidaktische Handlungsfelder. Beltz Juventa Verlag: Weinheim, Basel 2013

**FORD, YVONNE:**

Workshop „Sprachliche Implikationen eines multikulturellen Pflorgeteams“. In: Zegelin, Angelika (Hrsg.): Sprache und Pflege. Ullstein Mosby: Berlin, Wiesbaden 1997, S. 167-172

**FRIEBE, JENS:**

Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein-Westfalen. Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung Bonn 2006

Internet: [http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2006/friebe06\\_01.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2006/friebe06_01.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**GERSTER, EYKE:**

„Der Pflege fehlt grundlegende Sprachkompetenz“. In: Pflegezeitschrift Nr. 7 1996, S. 437-440

**GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE:**

List of 57 countries facing Human Resources for Health crisis as identified by the 2006 World Health Report.

Internet: <http://www.who.int/workforcealliance/countries/57crisiscountries.pdf?ua=1> (Abruf: 24.06.2015)

**GRETH, THOMAS:**

Geht bloß nicht nach Deutschland! In: Die Schwester Der Pfleger 52. Jg. 2013, S. 1158-1161

**GRÜNHAGE-MONETTI, MATILDE:**

Sprachlicher Bedarf von Personen mit Deutsch als Zweitsprache in Betrieben. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung Bonn 2009

Internet: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/expertise-sprachlicher-bedarf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/expertise-sprachlicher-bedarf.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf: 24.06.2015)

**HAAS, UTE:**

Positionspapier des DPR: Zur Migration von Pflegefachpersonen. In: Heilberufe 2014, 66.Jg. Nr. 6, S. 68

**HAIDER, BARBARA:**

Deutsch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Eine kritische Sprachbedarfserhebung vor dem Hintergrund der Nostrifikation. Facultas: Wien 2010

**HARDY, JANE; CALVELEY, MOIRA; SHELLEY, STEVE:**

Arbeitsmigration im Gesundheitswesen: Trends und Auswirkungen. Für: Aus Politik und Zeitgeschichte, APUZ Nr. 4-5 2015

Internet: <http://www.bpb.de/apuz/198891/arbeitsmigration-im-gesundheitswesen?p=all> (Abruf: 24.06.2015)

**HECKMANN, FRIEDRICH:**

Bedingungen erfolgreicher Integration. Bayerisches Integrationsforum „Integration im Dialog – Migranten in Bayern“ bei der Regierung von Oberfranken am 28.01.2005 in Bayreuth.

Internet: <http://www.stmas-test.bayern.de/migration/integrationsforum/ofr0128h.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**HEFFELS, WOLFGANG M.:**

100 Jahre Pflegeausbildung. Kontinuität, Veränderung und Herausforderung. Padua Nr. 2, April 2007, S. 61-65

**HEIDENREICH, JÜRGEN & MÜNCHEN, FRIEDRICH:**

Willkommen zum Pflegen! Was beim Recruiting ausländischer Pflegefachkräfte beachtet werden sollte. In: PflegeRecht - Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege. Bd. 18.2014, 4, S. 208-215

**HIRSELAND, KATRIN; KOCH, KATHARINA; MÖHLE, NICOLE; TRÜB, REGINA; REIMANN, JENS; GÖLZ, ROBERT:**

Bundesweites Integrationsprogramm. Angebote der Integrationsangebote in Deutschland - Empfehlungen zu ihrer Weiterentwicklung. Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (Hrsg.) Nürnberg 2010.

Internet: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integrationsprogramm/bundesweitesintegrationsprogramm.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integrationsprogramm/bundesweitesintegrationsprogramm.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf: 24.06.2015)

**HUNDENBORN, GERTRUD:**

Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. Elsevier: München 2007



**JANA, MELANIE:**

Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bonn 2004

Internet: [http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2004/jana04\\_01.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2004/jana04_01.pdf)  
(Abruf: 24.06.2015)

**KNIGGE-DEMAL, BARBARA & HUNDENBORN, GERTRUD:**

Leitfaden zur Entwicklung und Einführung modularisierter Curricula in beruflichen Bildungsgängen der Altenpflege im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“. Bielefeld, Köln 2011

**KÜTEMAYER, MECHTHILDE:**

Pflege und die Metaphern des Schmerzes. In: Abt-Zegelin, Angelika; Schnell, Martin W. (Hrsg.): Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover 2006, S. 120-127

**LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT HEIMMITWIRKUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN:**

Dringlichkeitsantrag: Arbeitserlaubnis für die spanischen Pflegekräfte vom 18.09.2012.

Internet: [http://www.lag-heimmitwirkung.de/tl\\_files/lag/Altenparlament/AP%20Antrag%2010%20%202012.pdf](http://www.lag-heimmitwirkung.de/tl_files/lag/Altenparlament/AP%20Antrag%2010%20%202012.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**MERDA, MEIKO; BRAESEKE, GRIT; DREHER, BIRGER; BAUER, THOMAS K.; MENNICKEN, ROMAN; OTTEN, SEBASTIAN; SCHEUER, MARKUS; STROKA, MAGDALENA A.; TALMANN, ANNA E.; BRAUN, HELMUT:**

Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Kurzfassung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Berlin 2012.

Internet: <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/Studien/chancen-zur-gewinnung-von-fachkraeften-in-der-pflegewirtschaft,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**MERDA, MEIKO; BRAESEKE, GRIT; KÄHLER, BJØRN:**

Arbeitsbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Herausgegeben von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg 2014

Internet: [http://www.iegus.eu/downloads/Gesamt\\_Schlussbericht\\_IEGUS\\_Migrationshintergrund\\_Pflegekraft\\_Layout\\_170714.pdf](http://www.iegus.eu/downloads/Gesamt_Schlussbericht_IEGUS_Migrationshintergrund_Pflegekraft_Layout_170714.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**MIEG, HAROLD A.:**

Professionalisierung. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildungsforschung. Bielefeld 2003, S. 342-349

**NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG:**

Kleine Anfrage der Abgeordneten Filiz Polat, Ursula Helmhold und Enno Hagenah (GRÜNE), eingegangen am 19.10.2012: Stoßen hoch qualifizierte Altenpflegekräfte aus Spanien in Niedersachsen auf hohe Hürden? Mit Antwort vom 19.12.2012

**OERTLE -BÜRKI, CORNELIA:**

Pflegesprache – gibt es sie? In: Zegelin, Angelika (Hrsg.): Sprache und Pflege. Berlin, Wiesbaden 1997, S. 23-36

**OLBRICH, CHRISTA (HRSG.):**

Modelle der Pflegedidaktik. Elsevier: München 2009

**OLBRICH, CHRISTA:**

Kompetenztheoretisches Modell der Pflegedidaktik. In: Olbrich, Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. Elsevier: München 2009, S. 63-85

**OLBRICH, CHRISTA:**

Idiolektik: Ein Konzept für die Pflegepraxis. In: Abt-Zegelin, Angelika; Schnell, Martin W. (Hrsg.): Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover 2006, S. 15-22

**PFROMMER, CAROLIN:**

Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung: Problemanalyse und Lösungsansätze. Masterarbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 2013

**POIMANN, HORST:**

Allgemeines und Grundlegendes zur Idiolektik. Idiolektische Gesprächsführung im therapeutischen Alltag. Der Umgang mit der Eigensprache der Patienten. Seminar am Klinikum Nürnberg, 1. März 2008  
Internet: <http://forum-seelsorge.de/downloads/Idiolektik.pdf> (Abruf: 24.06.2015)

**SCHIMANY, PETER; RÜHL, STEFAN; KOHLS, MARTIN:**

Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg 2012  
Internet: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf: 24.06.2015)

**SEEBAR, KATHARINA; SIEGERT, MANUEL:**

Migranten am Arbeitsmarkt in Deutschland. Integrationsreport. Im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg 2011.

Internet: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Working-Papers/wp36-migranten-am-arbeitsmarkt-in-deutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Working-Papers/wp36-migranten-am-arbeitsmarkt-in-deutschland.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf: 24.06.2015)

**SEON- HEUI YI:**

Probleme der Integration und Identität der koreanischen Minderheit in Deutschland. Dissertation. Geisteswissenschaftliche Fakultät der Technischen Universität Berlin 2009. Internet: [http://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/files/2228/yi\\_seon-heui.pdf](http://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/files/2228/yi_seon-heui.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**SETTELMAYER, ANKE:**

Haben Personen mit Migrationshintergrund interkulturelle Kompetenz? In: Granato, Mona; Münk, Dieter; Weiß, Reinhold (Hrsg.): Migration als Chance. Bertelsmann: Bonn 2011, S. 143-160

**SITZMANN, FRANZ; ZEGELIN, ANGELIKA:**

ABC der denk-würdigen Begriffe. In: Abt-Zegelin; Schnell, Martin (Hrsg.): Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover 2006, S. 30-42

**STATISTA – DAS STATISTIK-PORTAL:**

Arbeitslosenquote in Deutschland im Jahresdurchschnitt von 1995 bis 2015.

Internet:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1224/umfrage/arbeitslosenquote-in-deutschland-seit-1995/> (Abruf: 24.06.2015)

**SZABLEWSKI-ÇAVUŞ, PETRA & BECKMANN-SCHULZ, IRIS:**

Berufsbezogener Deutschunterricht – Qualitätskriterien. Für: passage GmbH Migration und Internationale Zusammenarbeit, Hamburg o.J.

Internet: [http://www.migration-online.de/data/93\\_qualittskriterien\\_bod1sablewski.pdf](http://www.migration-online.de/data/93_qualittskriterien_bod1sablewski.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**TEWS, BERND:**

Fachkräftemangel: Ohne ausländische Pflegefachkräfte wird es nichts.

Anforderungen an eine wirkliche Willkommenskultur. In: bpa.magazin 05/2012.

Internet: [http://www.bpa.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/BUND/bpa\\_Magazin/bpaMagazin\\_Ausgabe81.pdf](http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BUND/bpa_Magazin/bpaMagazin_Ausgabe81.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**TIETGENS, HANS:**

Didaktische Dimensionen der Erwachsenenbildung. Pädagogische Arbeitsstätte des DVV: Frankfurt a.M. 1991

**THE EUROPEAN LANGUAGE CERTIFICATES (TELC):**

Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen: Was können Pflegekräfte auf den Kompetenzstufen B1 und B2?

Internet: [http://web.telc.net/fileadmin/data/pdf/broschueren\\_und\\_logos/ger\\_poster\\_pflegekraefte.pdf](http://web.telc.net/fileadmin/data/pdf/broschueren_und_logos/ger_poster_pflegekraefte.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**VEREINIGUNG DER BAYERISCHEN WIRTSCHAFT E. V. (HRSG.)**

Pflegelandschaft 2030. Studie im Auftrag der vbw -Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. Stand: Oktober 2012

Internet: [http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/121000\\_Prognos\\_vbw\\_Pflegelandschaft\\_2030.pdf](http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/121000_Prognos_vbw_Pflegelandschaft_2030.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**WAGNER, FRANZ:**

Ausländische Pflegekräfte willkommen? - Ethische Aspekte berücksichtigen. Die Schwester Der Pfleger, 52.Jg. 2013, S. 1167

**WALTHER, SABINE:**

Sprache und Kommunikation in der Pflege. Forschungsarbeiten und Publikationen zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege. Eine kommentierte Bibliographie. Gilles & Francke: Duisburg 2003

**WEISSENBERG, JENS:**

Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Ein Leitfaden für die Praxis. Passage GmbH (Hrsg.): Hamburg 2012

Internet: [http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/BD\\_Leitfaden\\_interaktiv.pdf](http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/BD_Leitfaden_interaktiv.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**WIESNER, SANDRA:**

Faszination Sprache. Den sensiblen Umgang im Pflegealltag erlernen. In: ProAlter Januar/Februar 2011, S. 54-57

**WORLD HEALTH ORGANIZATION:**

Working together for Health. The World Health Report 2006.

Internet: [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf) (Abruf: 24.06.2015)

**ZEGELIN, ANGELIKA (HRSG.):**

Sprache und Pflege. Ullstein Mosby: Berlin, Wiesbaden 1997

## Internetseiten

[http://www.alphabetisierung.de/fileadmin/files/Dateien/Downloads\\_Shop/Beipackzettel%20lesen%20und%20verstehen.pdf](http://www.alphabetisierung.de/fileadmin/files/Dateien/Downloads_Shop/Beipackzettel%20lesen%20und%20verstehen.pdf))

[https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_de.pdf): EQR

[www.europaeischer-referenzrahmen.de](http://www.europaeischer-referenzrahmen.de)

[www.netzwerk-iq.de](http://www.netzwerk-iq.de)

[http://web.telc.net/fileadmin/data/pdf/broschueren\\_und\\_logos/ger\\_poster\\_pflegekraefte.pdf](http://web.telc.net/fileadmin/data/pdf/broschueren_und_logos/ger_poster_pflegekraefte.pdf): Tabellarische Übersicht der berufsbezogenen Sprachkompetenz für Pflege auf den Stufen B1 und B2

## Gesetzestexte

**Altenpflegegesetz** - Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) vom 25.08.2003, zuletzt geändert am 13.3.2013

**Aufenthaltsgesetz** - Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (AufenthG) vom 30.07.2004, 06.06.2013 zuletzt geändert am 23.12.2014

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers** (AltPflAPrV) vom 26.11.2002, zuletzt geändert am 6.12.2011

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege** (KrPflAPrV) vom 10.11.2003, zuletzt geändert am 02.08.2013

**Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz** - Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (BQFG) vom 06.12.2011, zuletzt geändert am 25.7.2013

**Beschäftigungsverordnung** - Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern (BeschV) vom 06.06.2013, zuletzt geändert am 06.11.2014

**Krankenpflegegesetz** - Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) vom 16.07.2003, zuletzt geändert am 21.7.2014

**Richtlinie 2005/36/EG** des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vom 7. September 2005

**Richtlinie 2013/55/EU** des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

## Anhang

- I. Tabelle: Gestellte Anträge auf Berufsankennung 2013
- II. Tabelle: Bearbeitete Anträge auf Berufsankennung 2013
- III. Brief an die Landesämter, die für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse in Gesundheitsberufen zuständig sind
- IV. Tabellarische Übersicht über die Antworten der Landesämter
- V. Anbieter von Pflegelehrgängen für Migranten

# I. Tabelle: Gestellte Anträge auf Berufsanerkennung 2013

Statistisches Bundesamt  
H 204 - Berufsbildungsstatistik  
Sonderauswertung

**Alle Fallzahlen-Werte sind auf ein Vielfaches von 3 gerundet!**

## 1 Entscheidung und Gegenstand der Entscheidung 2013\* (gestellte Anträge 2013)

### 1.1 Nach Berufshauptgruppen und ausgewählte Berufe

Kenn- ziffer	Berufshauptgruppe Beruf	An- träge in regle- men- tierten Beru- fen	davon									
			positiv - volle Gleichwertigkeit					positiv - be- schränkter Berufszu- gang nach HwO	Auflage einer Aus- gleichs- maß- nahme	negativ	noch keine Ent- schei- dung	
			automati- sche Anerken- nung Sektoren- beruf	Anerken- nung der Be- rufs- erfahrung im Hand- werk	ohne Aus- gleichs- maß- nahme	mit Eig- nungs- prü- fung	mit Anpas- sungs- lehrgang					
<b>81</b>	<b>Medizinische Gesundheitsberufe</b>	11 706	3 009	—	3 135	1 053	159	—	1 584	288	2 475	
81302	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	45	—	—	6	—	—	—	18	3	18	
81302	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3 603	987	—	567	141	75	—	441	147	1 242	
<b>82</b>	<b>Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- &amp; Wellnessberufe, Medizintechnik</b>	102	—	—	6	—	—	—	15	36	42	
82102	Altenpfleger/in	60	—	—	6	—	—	—	9	27	18	

## II. Tabelle: Bearbeitete Anträge auf Berufsanerkennung 2013

Statistisches Bundesamt  
H 204 - Berufsbildungsstatistik  
Sonderauswertung

**Alle Fallzahlen-Werte sind auf ein Vielfaches von 3 gerundet!**

### 1 Entscheidung und Gegenstand der Entscheidung 2013\* (bearbeitete Anträge 2013)

#### 1.1 Nach Berufshauptgruppen und ausgewählte Berufe

Kenn- ziffer	Berufshauptgruppe Beruf	Entscheidung vor Rechtsbehelf										
		An- träge in regle- men- tierten Beru- fen	davon								negativ	noch keine Ent- schei- dung
			positiv - volle Gleichwertigkeit					positiv - be- schränkter Berufszu- gang nach HwO	Auflage einer Aus- gleichs- maß- nahme			
			automati- sche Anerken- nung Sektoren- beruf	Anerken- nung der Be- rufs- erfah- rung im Hand- werk	ohne Aus- gleichs- maß- nahme	mit Eig- nungs- prü- fung	mit Anpas- sungs- lehrgang					
81	Medizinische Gesundheitsberufe	12 636	3 204	—	3 534	1 101	174	—	1 830	321	2 475	
81302	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	48	—	—	6	—	—	—	18	3	18	
81302	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3 810	1 047	—	588	147	84	—	534	165	1 242	
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- & Wellnessberufe, Medizintechnik	144	—	—	12	—	—	3	21	66	42	
82102	Altenpfleger/in	69	—	—	9	—	—	—	12	27	18	



### **III. Brief an die Landesämter, die für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse in Gesundheitsberufen zuständig sind**

Per E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

für meine Masterarbeit im Fachbereich Gesundheit, Studiengang Schulleitungsmanagement an der Katholischen Hochschule Köln, beschäftige ich mich mit dem Thema „Sprachförderung für ausländische Pflegekräfte“. Das Ziel dieser Arbeit ist u.a., die Zielgruppe für Anpassungsmaßnahmen für Pflegeberufe festzustellen, um geeignete Lehrgänge entwickeln zu können, die sprachliche mit fachlichen Inhalten verbinden.

Nachdem 2012 das BQFG in Kraft getreten ist, hat es eine zunehmende Anzahl an Anerkennungsverfahren für Angehörigen für Pflegeberufe gegeben. Für ca. 30% dieser Anträge wurde die Auflage einer Anpassungsmaßnahme erteilt, da im Vergleich mit der Ausbildung in Deutschland Defizite festgestellt wurden.

Sie würden mir sehr weiterhelfen, wenn Sie mir die folgenden Fragen beantworten:

1. Wie viele Antragsteller hatten Sie bislang?
2. Welche fachlichen Defizite wurden festgestellt?
3. Welches Sprachkompetenzniveau nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) ist erforderlich, um den Beruf in Ihrem Bundesland ausüben zu dürfen?
4. Gab es Antragsteller, die wegen ihrer sprachlichen Defizite abgelehnt wurden, bzw. die einen Sprachkurs zur Auflage bekamen?

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Antwort.

Mit freundlichen Grüßen

Anke Jürgensen

#### IV. Übersicht über die Antworten der Landesämter

Keine Antwort von: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt

<u>Bundesland</u>	Wie viele Antragsteller hatten Sie bislang?	Welche fachlichen Defizite wurden festgestellt?	Welches Sprachkompetenzniveau nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) ist erforderlich, um den Beruf in Ihrem Bundesland ausüben zu dürfen?	Gab es Antragsteller, die wegen ihrer sprachlichen Defizite abgelehnt wurden, bzw. die einen Sprachkurs zur Auflage bekamen?
Hessen	Wie Sie der Tabelle entnehmen können, gab es im letzten Jahr mehr als 1000 Antragsteller aus der ganzen Welt: <b>2010: 188</b> <b>2011: 357</b> <b>2012: 554</b> <b>2013: 720</b> <b>2014: 1054</b>	entsprechend vielfältig sind die Ausbildungen, die individuell geprüft wurden und daraus resultierend die Defizite, die die Prüfungen ergeben haben.	<p><b>„telc Deutsch B1 Pflege“ (oder B 2)</b> Die Prüfung kann in Deutschland sowie in vielen weiteren Ländern durchgeführt werden.</p> <p><b>2. „telc Deutsch B2“ (oder höher)</b> Die Prüfung kann in Deutschland sowie in vielen weiteren Ländern durchgeführt werden.</p> <p><b>3. „Goethe-Zertifikat B2“ (oder höher)</b> Die Prüfung kann in Deutschland sowie weltweit an Goethe-Instituten, Goethe-Zentren und bei Prüfungskooperationspartnern abgelegt werden.</p> <p><b>4. „TestDaF Niveaustufe 3“ (oder höher)</b> Die Prüfung kann in Deutschland sowie in vielen weiteren Ländern durchgeführt werden.</p> <p><b>5. GfdS Diplom B2 des did deutsch-instituts</b></p>	Voraussetzung für die Erteilung der Berufserlaubnis ist die Vorlage eines Sprachzertifikates, siehe Merkblatt Der Nachweis der Deutschkenntnisse ist auch zu erbringen, wenn ein Anpassungslehrgang erfolgreich absolviert oder eine Eignungs-/Kenntnisprüfung bestanden wurde. In diesem Fall ist das Deutsch-Zertifikat spätestens nach erfolgreichem Anpassungslehrgang bzw. nach bestandener Eignungs-/Kenntnisprüfung vorzulegen.

<b>Nordrhein-Westfalen</b>			Siehe Verordnung zur Durchführung der Prüfung von Sprachkenntnissen nach der Richtlinie 2005/36/EG und für Drittstaatenangehörige für den Bereich der nichtakademischen Heilberufe (DV-Sprachprüf- <b>NRW</b> )	Das Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit im Ausland erworbener Pflegeausbildungen ist in Nordrhein-Westfalen in zwei Teile aufgeteilt. Seit 2008 ist das Landesprüfungsamt für Medizin, Pharmazie und Psychotherapie für die Feststellung der fachlichen Gleichwertigkeit zuständig. Im anschließenden Verfahren prüft das jeweilige örtlich zuständige Gesundheitsamt die objektiven Voraussetzungen (Sprachkenntnisse, persönliche und gesundheitliche Eignung) zur Erteilung der Urkunde. Daher kann ich Ihre Fragen bezüglich der Voraussetzungen für die Sprachkenntnisse nicht beantworten.
<b>Sachsen</b>	Im Freistaat Sachsen haben sich die Anerkennungsverfahren in der Gesundheits- und Krankenpflege seit 2012 fast verdreifacht.	Wenn bei den ausländischen Abschlüssen fachliche Defizite bzw. Unterschiede festgestellt werden, kann die Anerkennung nicht sofort erfolgen. Allerdings ist eine pauschale Antwort welche Defizite genau vorliegen nicht möglich, da es sich um Einzelfallentscheidungen handelt. Das heißt, die jeweilige Ausbildung wird der deutschen Ausbildung einer/eines Gesundheits- und Krankenpflegers/-in stunden- und fächerkonkret gegenübergestellt. Da die deutsche Ausbildung mit 2500 Praxisstunden sehr praxisnah durchgeführt wird, gibt es hier in vielen Fällen wesentliche Unterschiede.	Die Antragsteller müssen die für die Berufsausübung in einem deutschen Gesundheitsfachberuf erforderlichen Deutschkenntnisse nachweisen. Wir orientieren dabei auf das Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER).	Die Überprüfung der Gleichwertigkeit eines ausländischen Bildungsabschlusses stellt lediglich den ersten Schritt des Anerkennungsverfahrens dar. Hier wird nur der Ausbildungsvergleich vorgenommen.  Falls die Gleichwertigkeit festgestellt wird, können die Antragsteller in einem 2. Schritt die in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebene „Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung“ beantragen. Erst um diese Erlaubnisurkunde erhalten zu können, müssen die entsprechenden Deutschkenntnisse nachgewiesen werden.

<b>Schleswig-Holstein</b>	Ab 2012 bisher 190 Anträge in der Gesundheits- und Krankenpflege	Die Defizite sind unterschiedlicher Art, z. B. die Ausbildung im Heimatland ist kürzer als die deutsche Ausbildung oder sie enthält hohe Anteile an Allgemeinbildung, die nicht berücksichtigt werden können. Teilweise können keine detaillierten Auflistungen über Fächer und Stunden vorgelegt werden, so dass eine Überprüfung nicht möglich ist. Meistens stimmen aber die Inhalte der Ausbildungen, besonders im praktischen Teil, nicht überein.	B2, aber nur zertifiziert durch TELC, TESTAF oder dem Goethe-Institut. Außerdem ist es möglich, an ausgewählten Krankenpflegeschulen eine fachbezogene Sprachprüfung abzulegen.	Ja. Wenn die formalen Voraussetzungen erfüllt sind, erhält der Antragsteller einen entsprechenden Zwischenbescheid. Die Anerkennung erfolgt, sobald die Sprachkenntnisse nachgewiesen wurden.
<b>Thüringen</b>	<p>im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege haben wir in den Jahren 2012 bis 2014 über folgende Antragszahlen entschieden:</p> <p>2012 – 29 Anträge</p> <p>2013 – 29 Anträge</p> <p>2014 – 27 Anträge. Mitunter befinden sich noch Anträge aus dieser Zeit in Bearbeitung und konnten noch nicht abgeschlossen werden.</p>	Fachliche Defizite können häufig in der praktischen Ausbildung gefunden werden	Das erforderliche Sprachniveau liegt bei mindestens B2.	Ist auf längere Sicht nicht zu erwarten, dass dieses Sprachniveau erreicht wird, wird auch aus diesem Grund ein Antrag abgelehnt. Einen Sprachkurs als Auflage haben wir noch nicht erreicht und sieht der Gesetzgeber m. E. auch nicht vor. Ein Antragsteller hat nachzuweisen, dass er die deutsche Sprache beherrscht.

## V. Anbieter von Pflegelehrgängen für Migranten

Standort	Einrichtung	Titel des Lehrgangs	Dauer / Umfang	Aufbau und Inhalt	Hinweise auf Deutschkenntnisse / Sprachförderung
08209 Auerbach	Witt Schulungszentrum GmbH	Deutsch für Pflegeberufe in Vorbereitung auf die Kenntnisstandprüfung - Anpassungslehrgang für Personen mit ausländischem Berufsabschluss in Pflegeberufen	k.A.	Schwerpunkt: Berufsdeutsch / Deutsch für Pflegeberufe	Voraussetzung: B1-Niveau
10178 Berlin	UBG – Unternehmensberatung für das Gesundheitswesen	„Vorbereitung auf die externe Kenntnisprüfung“ (Anpassungslehrgang)	440 Std. Theorie, 8 Wochen Praktikum	Kombination von Sprachkompetenz und Fachkompetenz	k.A.
10179 Berlin	Europäisches Bildungswerk für Beruf und Gesellschaft	Anpassungsqualifizierung für zugewanderte Pflegekräfte	10,6 Monate, vier Praxisphasen	Themenbereiche wie in Ausbildungs- und Prüfungsverordnung	k.A.
20097 Hamburg	MaxQ	Vorbereitung auf die externe Kenntnisprüfung Gesundheits- u. Krankenpfleger/in	440 Stunden Theorie und 7 Wochen Praktikum	Kombination von Sprachkompetenz und Fachkompetenz (analog zu UBG Berlin): Vorbereitungsphase + Intensivwochen + Prüfungssimulation	Vorherige Kompetenzfeststellung Deutsch
21073 Hamburg	Passage gGmbH	Modularisierte Anpassungsqualifizierung Gesundheits- und Krankenpflege für zugewanderte Pflegekräfte (Projekt MinA)	2-12 Monate	6 Teilmodule, Praxismodule	Voraussetzung: B2-Niveau, an einem Tag in der Woche Sprachförderung in der Praxisphase
27749 Delmenhorst	IWK (Institut für Weiterbildung in der Kranken- & Altenpflege)	Lehrgang zur Erlangung der staatl. Anerkennung ausländischer Krankenpflegeausbildungen	10 Monate	Themenbereiche wie in Ausbildungs- und Prüfungsverordnung	Zugangsvoraussetzungen je nach Standort unterschiedlich
30169 Hannover	DAA (Deutsche Angestellten-Akademie)	Anpassungsmaßnahme Gesundheits- und Krankenpfleger	10 Monate, 973 Std. Theorie, 431 Std. Praxis	Module	Möglichkeit, eine Pflegefachsprachprüfung zu absolvieren. Nachweis von B2

44339 Dortmund	EWZ - Entwicklungszentrum für berufliche Qualifizierung und Integration GmbH	Vorbereitung auf die Anerkennungsprüfung Krankenpflege (Ein Lehrgang für Migranten/innen)	Theorie+ 80 Arbeitstage Praktikum	allgemein gehaltene Themen	"Deutsch für den Beruf" integriert
49084 Osnabrück	Innova Privat-Akademie GmbH & Co. KG	Anerkennungskurs Gesundheits- und Krankenpfleger/in	10 Monate: 17 Wochen Theorie, 25 Wochen Praxis	Unterrichtsblöcke	k.A.
50968 Köln	FAW Fortbildungsakademie der Wirtschaft	Vorbereitungskurs auf die externe Anerkennungsprüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege	6 Monate Fachunterricht, 6 Monate Praxis	allgemein gehaltene Themen	Kursinhalt u.a.: „Fachsprache im Krankenhausalltag“ Die FAW bietet zusätzlich einen „B1B2 Pflege-Fachsprachkurs“ an zur Vorbereitung auf die telc-Fachsprachprüfung.
55543 Bad Kreuznach	Staatlich anerkannte Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Krankenhaus St. Marienwörth	Eingliederungsmaßnahme für außerhalb der EU ausgebildete Krankenpflegekräfte	330 Std. theoretischer Unterricht, 650 Std. praktische Einsätze	nach „Vorgaben des Rheinland-Pfälzischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung“	Voraussetzung: B1-Niveau
56626 Andernach	Krankenpflegeschule St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH	Vorbereitungskurs auf die Gleichwertigkeitsprüfung von außerhalb der EU erworbenen Bildungsabschlüssen in der Gesundheits- und Krankenpflege	Theorie: 416 Stunden, Praxis: 508 Stunden	k.A.	k.A.
70372 Stuttgart	bfw - Berufsfortbildungswerk Bildungseinrichtung des DGB	Prüfungsvorbereitung zur Anerkennung der Gleichwertigkeit ausl. Ausbildungen in der Krankenpflege	378 Std. Theorie und ca. 520 Std. betriebliche Praxis.	Theorie- und Praxisblöcke	Voraussetzungen: Grundkenntnisse in der deutschen Sprache (B2-Kenntnisse)
80637 München	BBW München	Vorbereitungslehrgang auf die Anerkennungsprüfung für Mitarbeiter mit ausländischen Abschlüssen	k.A.	5 Module, Fallbeispiele, praktische Übungen	Kursbegleitend Fachtermini, Kommunikation, Gesprächsführung

80804 München	Akademie Städt. Klinikum München GmbH	Lehrgang zur Vorbereitung auf die Kenntnisstandprüfung oder einen Anpassungslehrgang für Personen mit ausländischem Berufsabschluss in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege	11 Tage	11 Module	Voraussetzung B2. Teamteaching mit Deutsch- lehrerin und fachbezogener Deutschunterricht
81373 München	Evangelische Pflege Akademie	Anpassungslehrgang für ausländische Pflegekräfte in der Krankenpflege	k.A.	k.A.	Parallel zum Lehrgang pflegespezifischer Deutschunterricht
86159 Augsburg	Berufsbildungszentrum (BBZ) Augsburg gGmbH	Anpassungsqualifizierung/Anerkennung für immigrierte Pflegefachkräfte	56 Tage	„Unterrichtsfächer“ analog zur Krankenpflegeausbildung	Voraussetzung: B2-Niveau

### **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema „Sprachförderung für ausländische Pflegekräfte - Konstruktionselemente für eine Lehrgangsgestaltung in der Pflegebildung“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Anke Jürgensen, Berlin 26.06.2015



**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Masterarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Anke Jürgensen, Berlin 26.06.2015